

**6º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

**Relatório de Estágio**

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA SOB CONTENÇÃO FÍSICA**

**Dânia Patrícia Meia-Onça Martins, N°6745**

**Lisboa  
Maio, 2017**



**6º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

**Relatório de Estágio**

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA SOB CONTENÇÃO FÍSICA**

**Dânia Patrícia Meia-Onça Martins Nº6745**

**Orientador: Professor João Veiga**

**Lisboa**

**Maio, 2017**





## **PENSAMENTO**

*Uma das maravilhas do toque hábil e atento  
É poder aliviar o desconforto a todos os níveis.*

(MacDonald, 2003)



## **DEDICATÓRIA**

A todos os que contribuíram para o sucesso deste percurso:

Tutor, enfermeiros orientadores e

Todas as equipas de saúde com as quais me cruzei

Aos meus amigos, pelo carinho, pela força e motivação.

À minha amiga e companheira desta “aventura”, Rosarinho,

Pela amizade e companheirismo em cada etapa.

Sem ela teria sido bem mais difícil.

À minha família, por serem o meu tudo, pelo tanto que me dão,

Por me tornarem a pessoa que sou...

Pelos dias que não estive lá para eles!

Um obrigado especial à minha irmã, Carla, pelo apoio determinante na reta final!

Às minhas sobrinhas ...

Por despertarem em mim os sorrisos mais genuínos!

E por fim, mas não o último, ao meu marido, Lionel,

Pelo tempo que não nos dediquei...

Pelas inúmeras horas e dias de ausência

Pela compreensão, pela força, pela paciência pelo carinho

e por todo o Amor!

**OBRIGADA!!!**



## LISTA DE SIGLAS

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**BPS** – *Behavioral Pain Scale*

**CAM ICU** - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

**CMEPSC** - Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

**CRP** -Constituição da República Portuguesa

**CVC** – Cateter Venoso Central

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**ECG** - Escala de Coma de Glasgow

**ECMO** – Oxigenador de Membrana Extracorporal

**EPI** – Equipamentos de Proteção Individual

**ESEL**- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**DC** – Débito Cardíaco

**FAV** – Fistula Arteriovenosa

**IACS** -Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

**INCS** -Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

**LA** -Linha Arterial

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PAV**- Pneumonia Associada ao Ventilador

**PIA** -Pressão intra-abdominal

**PiCCO** - *Cateter de Pulse Continuos Cardiac Output*

**PSC** – Pessoa em Situação Crítica

**PVC** -Pressão Venosa Central



**RASS** - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SAVT**– Suporte Avançado de Vida em Trauma

**SE** - Sala de Emergência

**ST** – Sala de Trauma

**SU** -Serviço de Urgência

**TOT** – Tubo Orotraqueal

**TSFR** – Técnicas de Substituição da Função Renal

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**VMER**- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

**VMI** -Ventilação Mecânica Invasiva

**VNI** – Ventilação Não Invasiva

**VV** – Vias Verde

## RESUMO

Este relatório tem por base o projeto pessoal desenvolvido no âmbito do Curso de mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, alusivo aos cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica sob contenção física.

O recurso à contenção física está associado a fatores como risco de queda ou de exteriorização de dispositivos invasivos e situações como *delirium*, agitação, confusão e alterações do estado de consciência, pelo que está fortemente relacionada com a pessoa em situação crítica. De acordo com a revisão da literatura, a utilização destas medidas tem vindo a diminuir ao longo dos últimos anos, especialmente devido ao surgimento de orientações emitidas com intuito de preservar os direitos humanos e prevenir incidentes decorrentes da sua aplicação (Kong & Evans, 2012)).

A componente teórica deste relatório, suportada numa revisão da literatura, realça a intervenção do enfermeiro nos cuidados à pessoa em situação crítica sob contenção física, nomeadamente através do recurso a medidas preventivas e à adequada vigilância da pessoa contida, de forma a garantir-lhe segurança e conforto. Foi nesta perspetiva, que se optou por explorar a Teoria do Conforto de Kolcaba aliada à temática em questão (Kolcaba, 2003) .

A parte prática remete para uma reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas ao longo do estágio com vista à aquisição das competências preconizadas no âmbito do mestrado e também relativamente ao projeto pessoal. São descritas e analisadas as intervenções mais relevantes desenvolvidas ao longo do percurso decorrido em contexto de unidades de cuidados intensivos e serviço de urgência polivalentes. A realidade encontrada foi ao encontro dos resultados da revisão da literatura, que refere utilização da contenção física com frequência em unidade \ de cuidados Intensivos (UCI) e SU (SU), por motivos como risco de queda, exteriorização de dispositivos invasivos e agitação e desorientação (Kooi, W., et al., (2015); Enns,E., et al., (2014); Faria et al., (2012) e Kandeel & Attia, (2013)). Verificou-se também a necessidade de incidir na formação nomeadamente no que respeita aos registos de enfermagem (Maccioli et al., 2003).

Ao longo deste percurso a diversidade de situações contribuiu para a consolidação dos conhecimentos teóricos, assim como possibilitou novas aprendizagens e o contacto com diferentes realidades e dinâmicas, culminando na aquisição das competências

pretendidas. A possibilidade de divulgação do projeto, incentivando práticas seguras no âmbito da contenção física, nomeadamente através da implementação de registos de enfermagem foi para mim um excelente resultado para a otimização dos cuidados à PSC sob contenção física.

PALAVRAS-CHAVE: pessoa em situação crítica; contenção física; intervenção de enfermagem; competências especializadas.

## **ABSTRACT**

This report is based on a personal project developed in the framework of a Master Degree in Nursing Care in the Field of Expertise in the Critical Care Patient, awarded by Lisbon Nursing School, on the subject of specialized care provided to the Critical Care Patient under physical restraint.

The use of physical restraint is associated with risk factors, such as the risk of fall or the manifestation of invasive devices and conditions like delirium, turmoil, confusion and changes in consciousness, which be being strongly related to Critical Care Patient. According to the literature review, the use of these measures has been decreasing in the last years, particularly due to the emergence of the guidelines provided in order to preserve the human rights and prevent incidents arising from its application (Kong & Evans, 2012).

The theoretical component of this report is supported by a literature review and highlights the nursing intervention in the Critical Care Patient care under physical restraint, namely through preventive measures and to suitable surveillance of the person so as to provide her/him with safety and comfort. Therefore, it was decided to explore the Comfort Theory by Kolcaba (Kolcaba, 2003) .

The practical part draws attention to a critical thinking about the experiences throughout the internship with the goal to acquire the skills proposed not only in the master degree but also in the personal project. Only the most relevant interventions on intensive care units and general emergency service are described and analysed. The reality witnessed in clinical environment confirms the literature review, which states that physical restraint is frequently used in intensive care unit and emergency service, due to risk of fall, manifestation of invasive devices, turmoil and disorientation (Kooi, W., et al., (2015); E. Enns, et al., (2014); Faria et al., (2012) e Kandeel & Attia, (2013)).

It was observed that there is a necessity to update certain procedures, especially the nursing registers (Maccioli et al., 2003).

The diversity of situations experienced throughout this long path has contributed to the consolidation of theoretical knowledge, as well as to enable new apprenticeship and the contact with different realities, which consequently led to the acquisition of the desired skills.

The possibility of promoting the project, encouraging safety practice within the scope of physical restraint, particularly by implementing nursing registers, was personally enriching as far as the optimization of healthcare to PSC under physical restraint is concerned.

PALAVRAS-CHAVE: Critical Care Patient; physical restraint; nursing intervention; specialized skills.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	15
1. ENQUADRAMENTO TEMÁTICO .....	17
1.1. O Conforto Nos Cuidados à Pessoa Em Situação Crítica Sob Contenção Física	18
1.2. Conceitos e Prevalência.....	20
1.3. Efeitos adversos e Estratégias Preventivas .....	23
1.4. Contenção Física na Pessoa em Situação Crítica .....	26
2. PRÁTICA CLÍNICA .....	31
2.1. Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes .....	31
2.2. Serviço de Urgência Polivalente.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	47
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Parametrização das Intervenções no B-Simple na Unidade 1	
APÊNDICE II – Sessão De Formação Sobre Contenção Física na Unidade 1	
APÊNDICE III- Norma de Procedimento sobre Contenção Física Unidade 1	
APÊNDICE IV-Sessão de Formação Sobre Contenção Física na Unidade 2	
APÊNDICE V –Norma de Procedimento Sobre contenção Física No SU	



## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) estágio com relatório integrada no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) e pretende refletir o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, através da análise crítica das intervenções desenvolvidas ao longo deste período. Estas visam a obtenção do grau académico de mestre e do título de enfermeiro especialista em PSC, pela concretização dos objetivos do plano de estudos do curso (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), 2010), dos preconizados pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Decreto-Lei n.º74/2006 de 24 de Março, 2006) e pela aquisição das competências comuns e específicas preconizadas para o enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica (PSC) (OE, (2010a); OE, (2010b)).

O percurso de aprendizagem decorreu entre 3 de outubro e 13 de fevereiro, em três contextos diferentes, dois em unidade de cuidados intensivos (UCI) e um em serviço de urgência (SU), tendo como foco os cuidados especializados de enfermagem à PSC sob contenção física. Esta é uma das práticas mais utilizadas em pessoas com comportamentos de risco relativamente a elas próprias ou àqueles que os rodeiam (Direção Geral da Saúde (DGS, 2011)). A sua aplicação está frequentemente associada ao aumento de indicadores como risco de infeção, tempo de internamento, taxas de mortalidade e de incidência de quedas, pelo que se torna essencial otimizar os cuidados à pessoa sob contenção física, promovendo práticas que reduzam a sua aplicação e as complicações que lhe estão associadas (The Joanna Briggs Institute, (2002)).

O objetivo deste percurso prende-se com a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados à PSC e família em contexto de UCI e SU, com particular enfoque para a pessoa com necessidade de contenção física. Para tal, delinearam-se os seguintes objetivos específicos: desenvolver conhecimentos e habilidades no âmbito dos cuidados especializados à PSC em UCI e SU; demonstrar tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas; prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC e família, com particular enfoque para a PSC sob contenção e planear a implementação do projeto adaptado aos diferentes contextos. No âmbito do projeto pretendia-se otimizar os cuidados à PSC sob contenção física, através da partilha de informação, com intuito de: fomentar a implementação de



estratégias preventivas para reduzir a sua utilização e as complicações adjacentes; incrementar a vigilância adaptada às necessidades da pessoa e incitar a execução dos registos de enfermagem referentes a esta intervenção.

No que concerne à estrutura, este relatório segue as diretrizes do guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (Godinho, 2017). Guiado por uma metodologia descritiva, incide numa revisão da literatura acerca da temática e reflete o percurso realizado nos diversos contextos de prestação de cuidados, evidenciando a aquisição e desenvolvimento de competências. A sua apresentação inicia-se com a presente introdução, que o contextualiza, seguindo-se dois capítulos principais. O primeiro remete para o enquadramento temático, onde são abordados o referencial teórico, os conceitos fundamentais, a prevalência, os efeitos adversos, as estratégias de prevenção e a contenção física na PSC. O segundo capítulo evidencia o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, através da análise crítica das intervenções realizadas em estágio e da sua implicação na prática de cuidados. Nas considerações finais é efetuado um balanço do percurso desenvolvido, sendo referidos os principais aspetos positivos e negativos.

## 1. ENQUADRAMENTO TEMÁTICO

Este capítulo contextualiza a contenção física. Inicia-se com a apresentação da teoria de enfermagem utilizada para suportar este percurso, passando pela definição de conceitos, prevalência, indicações, efeitos adversos e estratégias preventivas e termina com um subcapítulo que remete para a PSC sob contenção física.

O recurso à contenção física obriga os Enfermeiros a enfrentarem uma decisão dilemática, pois se por um lado, a utilizam para garantir a segurança da pessoa e a continuidade de cuidados, por outro lado, surgem os efeitos adversos que colocam em causa os benefícios da sua utilização. Quando o Enfermeiro decide conter uma pessoa para a proteger e também para se proteger a si e ao meio envolvente, age tendo em conta o melhor benefício. Contudo, a sua ação não é isenta de malefícios, mesmo quando respeitadas todas as regras de atuação, pois ainda que não cause danos físicos, estão sempre em causa fatores como o desrespeito pela Dignidade Humana e pelo direito à liberdade (Al-Khaled, T., Zahran, E., El-Soussi, 2011) .

A Dignidade Humana refere-se à capacidade que o ser humano tem de exercer a sua liberdade e autonomia, permitindo-o ser livre de fazer as suas escolhas (CNECV (1999); (OE, 2015a)). O artigo 1º da Declaração dos Direitos Humanos evidencia que “todos os seres nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” (ONU, 1948). Também a Constituição da República Portuguesa (CRP) segue a matriz ética explicitada neste princípio, nomeadamente no artigo 1º da República Portuguesa, onde se salienta que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)” (Assembleia da República, 2005,p.1). Da mesma forma que estrutura o ordenamento jurídico do país é também essencial para a profissão de enfermagem, visto que o artigo 99º do Código deontológico do enfermeiro afirma que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”(OE, 2015b,p.82). A relação entre o que cuida e o que é cuidado, tendo em conta a perspetiva ética, orienta-se por princípios e valores, onde o princípio da Dignidade Humana é considerado o pilar. Respeitá-lo implica salvaguardar os valores universais que devem estar contemplados na relação profissional, sendo eles: a igualdade; a liberdade responsável com a capacidade de escolha tendo em conta o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; e a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015b). Quando o enfermeiro toma a decisão de conter uma pessoa está

a privá-la da sua liberdade e a desrespeitar os seus direitos enquanto ser humano e enquanto cidadão integrado numa sociedade. Numa perspetiva profissional, esta intervenção pode ser encarada como desrespeito pelas normas deontológicas da profissão que exerce, uma vez que põe em causa valores e princípios que devem ser considerados na relação que desenvolve com a pessoa que cuida. Contudo, o enfermeiro pode, em determinadas situações<sup>1</sup>, aplicar as medidas de contenção necessárias para garantir a continuidade de cuidados. Ainda assim, o recurso à contenção física deve ser considerado a última opção e apenas quando todas as estratégias alternativas<sup>1</sup> falham (Al-Khaled, T., Zahran, E., El-Soussi, 2011).

### **1.1.O Conforto Nos Cuidados à Pessoa Em Situação Crítica Sob Contenção Física**

O conceito (des)conforto surge com frequência aliado à contenção física, uma vez que são vários os estudos que revelam a sensação de desconforto vivenciada pelos que a experienciam. Um estudo realizado pelo JBI (The Joanna Briggs Institute, 2002) menciona que a maioria das pessoas entrevistadas refere que a contenção as privou da sua liberdade, lhes provocou desconforto psicológico pelo facto de se sentirem “presos” e sem autonomia, para além do desconforto físico relacionado com a dor provocada pelos dispositivos (The Joanna Briggs Institute, 2002).

A noção de conforto foi alvo de estudo por Katherine Kolcaba, que se dedicou à sua conceptualização e operacionalização, tendo desenvolvido uma teoria de médio alcance. A teoria do conforto de Kolcaba orienta-se pelos princípios do holismo, uma vez que a autora refere que o facto de se promover o conforto da pessoa, em todas as suas dimensões, torna os cuidados de Enfermagem humanistas e individualizados. A autora testou a sua teoria num estudo em doentes idosos com Alzheimer e desenvolveu vários instrumentos para avaliar a experiência de conforto, entre os quais, o *General Comfort Questionnaire*<sup>2</sup> (Kolcaba, 2003).

Para Kolcaba (2003), o *conforto* resulta da intervenção de enfermagem, sendo uma finalidade essencial dos cuidados de saúde. Mais do que ausência de dor ou qualquer

---

<sup>1</sup> As indicações para a contenção física e as estratégias preventivas a adotar antes de se proceder à sua utilização serão abordadas no subcapítulo 1.3

<sup>2</sup> Instrumento desenvolvido por Kolcaba para medir o conforto, através de uma estrutura taxonómica. Possibilita a avaliação da efetividade de uma intervenção de forma a aferir o nível de conforto obtido, à medida que se satisfazem as necessidades previamente identificadas (Kolcaba, 1992).

desconforto físico, este conceito remete para uma “experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental” (Kolcaba, 2003: 14). O alívio é definido como estado em que a pessoa viu satisfeita uma necessidade específica. A tranquilidade representa um estado de calma e de satisfação e a transcendência diz respeito à sensação que o indivíduo tem relativamente à capacidade de planejar e controlar a sua vida e resolver os seus problemas. No que concerne aos contextos, a vertente física reflete-se através das sensações vivenciadas pelo corpo, relacionada com mecanismos homeostáticos, representados pela eliminação, a hidratação, oxigenação, a dor, o posicionamento, entre outros. A psicoespiritual, remete para a consciência que a pessoa tem de si mesma, à sua autoestima e autoconceito, podendo também abranger um relacionamento do indivíduo com uma ordem mais alta ou ser superior. A social refere-se às relações estabelecidas com os outros nomeadamente família e amigos, bem como aos aspetos financeiros. A ambiental direciona-se para os fatores externos como o ruído, a luz, o ambiente, a cor e a temperatura (Kolcaba, 2003).

Os pressupostos da teoria do conforto de Kolcaba evidenciam que o *conforto* é o resultado holístico dos cuidados de enfermagem. Para atingir esse efeito o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa e planeia intervenções com o objetivo de aumentar o *conforto*. Quando este é atingido a pessoa sente-se fortalecida, consegue superar melhor as dificuldades e os obstáculos, adapta-se melhor às limitações, cura-se mais depressa e reabilita-se de forma mais completa, o que se traduz em ganhos na saúde (Kolcaba, 2003).

Para além de poder ser considerada um ato de desrespeito pela dignidade humana, por privar a pessoa de exercer a sua liberdade, a contenção física também põe em causa o seu conforto, na medida em que suprime a satisfação de determinadas necessidades. Este facto realça a importância da Teoria do Conforto de K. Kolcaba, já referenciada associada, à prática de cuidados de enfermagem, em particular nos cuidados à pessoa sob contenção física.

## 1.2. Conceitos e Prevalência

De forma a contextualizar a temática do projeto torna-se fundamental definir o conceito de contenção, distinguindo os vários tipos. Destaca-se a contenção física, analisando-se a prevalência e os motivos da sua utilização em meio hospitalar, de forma a perceber-se a relevância da temática no âmbito dos cuidados de saúde e os contributos da intervenção do enfermeiro para prevenir incidentes.

Contenção refere-se ao ato de imobilizar uma pessoa, ou parte do seu corpo, quando esta apresenta uma atitude ameaçadora. Implica o uso de medidas para controlar a sua atividade física ou comportamental, de forma a impedir que cause danos a si própria ou aos que a rodeiam. Podem distinguir-se três tipos de contenção, sendo elas: física; ambiental e química. (College of Nurses of Ontario (2009); Williams (2010)). Contudo, outros autores e instituições de referência, nomeadamente, a DGS (2011b), distinguem para além destes a contenção mecânica, a qual de acordo, com os autores anteriormente citados e com a maioria da literatura internacional, se engloba na contenção física. Assim, a contenção física refere-se ao ato que permite diminuir a capacidade de movimentação da pessoa e pode executar-se através do método manual, dispositivo físico ou mecânico, material ou equipamento (Williams (2010); Joint Commission (2015)). Pode ser efetuada na cama, em cadeiras, ou no sofá, através de grades, imobilizadores de punho, de membros superiores ou inferiores e de tronco, utilizando dispositivos próprios como faixa ou cintas; imobilizadores de membros e luvas, ou material improvisado como lençóis e ligaduras (Faria et al., (2012) e Kandeel & Attia, (2013)). Por sua vez, a contenção ambiental refere-se ao ato de manter a pessoa num ambiente vigiado, por exemplo, numa unidade ou num quarto seguro, para se conseguir vigiar e controlar o seu comportamento. A química designa todo o tipo de terapêutica psicoativa, que é utilizada para inibir um determinado comportamento ou movimento. Contudo, a noção de contenção pode alterar-se de acordo com o ambiente, pois em pediatria, por exemplo, o berço não é considerado uma forma de contenção (Williams, 2010).

No que concerne aos motivos que conduzem à sua utilização, os estudos consultados na revisão da literatura revelam que os principais são: risco de queda; necessidades como conforto, sono e hidratação insatisfeitas; risco de exteriorização de dispositivos invasivos (cateteres, tubo orotraqueal (TOT), linha arterial (LA), entre outros);

*delirium*<sup>3</sup>; agitação<sup>4</sup>; confusão<sup>5</sup>; alterações do estado de consciência; perigo de agressão para si ou para os outros; resistência aos cuidados e garantir a segurança da pessoa (A. Kooi et al., (2015); E. Enns, et al., (2014); Faria et al., (2012) e Kandeel & Attia, (2013)).

Algumas destas causas, como ansiedade, agitação e confusão advêm frequentemente de fatores relacionados com o contexto hospitalar, como ambiente desconhecido, luzes ou temperaturas desajustadas e ruídos dos equipamentos e da equipa, que podem deixar a pessoa desconfortável (Kalfon, 2010). Neste âmbito, a intervenção do enfermeiro é fundamental, uma vez que pode controlar alguns destes aspetos como dor, ansiedade e solidão, que impedem a pessoa de alcançar o conforto de forma holística (Kolcaba, 2003). Para controlar estes fatores, o enfermeiro tem que ser capaz de identificar a sua causa, suprimindo-a, nomeadamente através do incentivo à presença de pessoas significativas, pelo controlo da dor com analgesia e/ou posicionamentos e da adequação da luz, do ruído e da temperatura (Moreno & Santo, 2013). Estas intervenções podem evitar, ou pelo menos diminuir, o tempo de utilização das medidas de contenção e consequentemente reduzir os seus efeitos adversos. Uma vez que a satisfação das várias necessidades nos diferentes contextos da experiência provocam sensação de alívio, tranquilidade e transcendência, ou seja conforto (Kolcaba, 2003).

Relativamente à prevalência, os principais estudos internacionais revelam que a contenção física nos idosos é uma prática comum em instituições hospitalares de vários países, como a Austrália, Coreia, Holanda, Suécia, EUA e Alemanha. (Kong & Evans, 2012). Um estudo realizado na Holanda revelou que entre 1999-2004 a utilização deste método variava entre 33-68% em meio hospitalar (Hamers, J., Huizing, 2005). Um artigo publicado recentemente, com intuito de promover a diminuição da utilização da contenção física, salientando estratégias preventivas, refere que nos EUA e Canadá, atualmente a taxa de utilização de dispositivos de contenção nos hospitais é de 5% a 26% (March, P., Schub, 2017). Contudo, vários estudos desenvolvidos ao longo dos últimos anos, evidenciam que as implicações éticas decorrentes da contenção física, bem como os seus

---

<sup>3</sup>*Delirium* é uma perturbação grave da função mental, que se caracteriza por distúrbios de consciência, baixa capacidade de concentração, alterações da memória, confusão mental e alteração da perceção do ambiente (Pinheiro, 2016).

<sup>4</sup>Agitação é um sintoma que pode resultar de síndromes psiquiátricas, de dor, de efeitos terapêuticos adversos, do desequilíbrio hidroeletrólítico, ou de fontes de stress ambientais e psicossociais (Al-Khaled, T., Zahran, E., El-Soussi, 2011).

<sup>5</sup>Confusão é definida como um processo de pensamento distorcido, englobando compromisso da memória, com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa (OE, 2011a).

efeitos adversos, motivaram a diminuição da mesma em determinados contextos. Segundo um estudo publicado no *Asian Nursing Research*, em 2012, a contenção física diminuiu de 35% em 1991 para 3,3% em 2012 em Lares Americanos (Kong & Evans, 2012)).

Em Portugal existe apenas um estudo publicado relativamente a esta temática, realizado num hospital universitário central. No enquadramento os autores referem que não foram encontrados estudos prévios relativamente ao uso de contenção física nos hospitais portugueses e que em 552 pessoas, 110 foram alvo de contenção física, o que representa 19,9% da população estudada. (Faria et al., 2012). A idade média das pessoas submetidas a contenção física foi 73,8 anos e a maioria dos casos ocorreu no serviço de medicina (37,3%), seguindo-se o serviço de Neurologia (19,1%) e posteriormente Unidade de Cuidados Intensivos (10%). As patologias do foro respiratório representaram a maior incidência nos doentes contidos. No que concerne aos motivos, a maioria apontou para risco de queda e prevenção de exteriorização de dispositivos médico, sendo que em 80% dos casos não se tentou qualquer estratégia preventiva (Faria et al., 2012).

Ao longo deste subcapítulo abordou-se o conceito de contenção, distinguindo-se três tipos: ambiental, química e física. Acerca da última foram referidas as principais motivações da sua utilização, realçando-se a importância da intervenção do enfermeiro através da implementação de medidas de conforto, nomeadamente adequação do ambiente e alívio da dor, na prevenção do recurso à contenção física. De realçar o facto de se verificar um decréscimo na sua aplicação, essencialmente devido à consciencialização das implicações éticas, bem como à divulgação de normas que a limitam, estabelecendo padrões de boas práticas. Acrescem ainda os efeitos adversos que acarretam, com implicações muito negativas para a pessoa. Contudo, estes dados espelham essencialmente a realidade internacional, visto que, em Portugal não existem estudos suficientemente abrangentes que nos permitam sustentar essa conclusão.

### **1.3.Efeitos adversos e Estratégias Preventivas**

De acordo com a DGS (2011b), as medidas de contenção devem ser vistas como incidentes para a segurança da pessoa, uma vez que, a sua utilização não é isenta de efeitos adversos. Nesta perspetiva é fundamental, que o enfermeiro reconheça os riscos a que a expõe, adequando a sua intervenção, para lhe garantir segurança e conforto. Assim, ao longo deste subcapítulo são abordados os efeitos adversos que resultam da contenção física, as estratégias preventivas à sua utilização e ainda as intervenções de enfermagem preconizadas perante a necessidade de medidas de contenção.

O recurso à contenção física pode provocar inúmeras lesões, as quais podem ser classificadas como diretas, quando resultam da pressão externa dos dispositivos de contenção, tais como: lacerações; hematomas; lesões nervosas; isquemia dos membros; asfixia; morte súbita ou morte. Ou como lesões indiretas, que incluem implicações éticas; sociais ou psicológicas, como o desrespeito pela dignidade humana, humilhação e trauma psicológico; danos físicos, nomeadamente úlceras de pressão e incontinência e aumento de indicadores com risco de infeção, tempo de internamento, taxas de mortalidade e de incidência de quedas (Evans, Wood, & Lambert, (2003); The Joanna Briggs Institute, (2002); Williams, (2010)).

Devido aos efeitos adversos relatados e de forma a preservar o respeito pelos Direitos Humanos, foram criadas normas de atuação, quer a nível internacional, quer a nível nacional, com intuito de diminuir o recurso à contenção física e a incidência de lesões associadas. A legislação tem uma forte influência no condicionamento da utilização dos dispositivos de contenção. Em países como Dinamarca e Escócia, a sua utilização é proibida, por se considerar que desrespeita a Dignidade Humana. Nos EUA, a Joint Commission introduziu orientações para a proibição da contenção física ou isolamento, a não ser que todas as estratégias preventivas falhem, e seja absolutamente necessário garantir a segurança da pessoa ou dos que a rodeiam (Hamers, J., Huizing, 2005). Neste âmbito têm sido divulgadas estratégias preventivas, por exemplo a comunicação com o doente, o toque terapêutico, o uso de sedação e bloqueadores neuromusculares e até a utilização de terapias complementares, que melhoram o conforto, como massagem, musicoterapia e acupuntura, embora não existam ainda estudos que comprovem os seus benefícios (Bray et al., (2004); Kandeel & Attia (2013)). Práticas que promovem a prestação de cuidados de qualidade também influenciam a diminuição do uso de medidas de



contenção, nomeadamente a adequação dos rácios da equipa de enfermagem, a avaliação completa da pessoa, os planos de cuidados individualizados e a colaboração com a restante equipa multidisciplinar. Quando estas estratégias não são bem-sucedidas deve recorrer-se sempre às medidas menos restritivas (College of Nurses of Ontario, 2009).

De forma a promover a segurança e minimizar o uso dos vários tipos de contenção, em 2003, a American College of Critical Care Medicine desenvolveu orientações para a manutenção da segurança e redução da utilização da contenção, em contexto de UCI pediátrica e adulta. Em 2010, nos Hospitais Universitários de Nottingham no Reino Unido, foram elaboradas normas de orientação direcionadas para UCI de adultos daquela instituição, acerca das quais falaremos no capítulo seguinte.

Em Portugal, a DGS emitiu a circular normativa N.º: 08/DSPSM/DSPCS de 25 / 05 / 2007, referente às medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física, adaptável aos vários contextos, que foi, entretanto, substituída pela 021/2011 de 06/06/2011. As principais alterações prendem-se com o facto da circular de 2007 se referir apenas à contenção física enquanto conceito que envolve, quer o método manual, quer o uso de dispositivos físicos. Por sua vez, a orientação 021/ 2011 distingue os vários tipos de contenção, realça a necessidade de adequar os cuidados à especificidade de cada doente e salienta a importância da formação, que não foi referida na circular de 2007. (DGS,(2007); DGS, (2011b)). O seu intuito é promover a segurança da pessoa e da sua envolvente.

De acordo com a orientação 021/2011, o recurso às medidas de contenção só deve ter lugar após avaliação do risco clínico, sendo elegíveis pessoas que apresentem comportamentos que a coloquem a elas próprias, ou aos que as rodeiam, em risco de sofrer danos; quando rejeitam tratamento compulsivo<sup>6</sup>, ou quando negam tratamentos vitais de carácter urgente<sup>7</sup>. O profissional de saúde pode, nestas condições, aplicar as medidas de contenção necessárias para garantir a continuidade de cuidados e comunicar à restante equipa, assegurando a sua prescrição e reavaliação. No processo clínico deve constar: a avaliação do estado da pessoa que motivou o recurso à contenção; as medidas preventivas que se iniciaram e o seu resultado; as várias formas de contenção analisadas; os profissionais envolvidos na tomada de decisão; a avaliação da evolução do estado da pessoa, bem como o despiste de lesões e revisão do plano de cuidados. Quando o

---

<sup>6</sup> De acordo com a Lei da saúde Mental, n.º 101/99, de 26 de Julho, (Ministério da Saúde, 1999)

<sup>7</sup> Quando incapaz de decidir.

profissional de saúde toma a decisão de conter uma pessoa deve tentar obter o seu consentimento ou do familiar de referência, esclarecendo-o acerca do procedimento (DGS, 2011b). Caso não o obtenha, deve atuar de forma a garantir a continuidade de cuidados, prevendo o melhor benefício para a pessoa em questão. O enfermeiro age, numa perspetiva principalista, orientado pelo princípio da beneficência, uma vez que a pessoa se encontra incapaz de exercer a sua autonomia (Beauchamp, Tom L. ; Childress, 2011).

Relativamente ao tipo de medida, deve recorrer-se sempre à mais adequada, cumprindo as normas de utilização. A vigilância deve ser adaptada, tendo em conta o estado da pessoa, garantindo a remoção das medidas aplicadas ou a sua substituição por métodos menos restritivos, logo que possível (DGS, 2011b).

Devido aos riscos a que fica exposta a pessoa sob contenção, é crucial que os profissionais de saúde ponderem todas as alternativas antes de a executar. A orientação salienta também, a importância da formação dos profissionais de saúde, acerca de estratégias preventivas, técnicas de contenção e cuidados à pessoa contida, quando iniciam funções numa instituição e a cada 3 anos. No que respeita às medidas alternativas evidencia que a equipa deve permitir o acompanhamento por profissionais que promovam a tranquilidade da pessoa em questão, recorrer ao uso da contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza e à mudança de contexto, promovendo ambiente calmo e seguro. Deve também ponderar a inclusão ou exclusão de pessoas significativas, incentivar a participação em tarefas adequadas à sua condição e recorrer ao tratamento farmacológico<sup>8</sup> (DGS, 2011b).

Quando não é possível evitar a sua utilização, torna-se fundamental prestar cuidados que visem o conforto da pessoa sob contenção física, minimizando os danos que este ato pode causar. De acordo com a DGS, (2011b), a equipa, e em particular o enfermeiro, pode através das suas intervenções autónomas, como posicionamento e adequação do ambiente, promover o conforto nos diferentes contextos e minimizar os danos resultantes da contenção. O *conforto* pode obter-se nomeadamente através da vigilância adequada, prevenindo a ocorrência de lesões e de dor, quer pela otimização do posicionamento, e dos dispositivos, quer pela administração de analgesia prescrita. O facto de se recorrer à medida menos restritiva e de a remover logo que possível, promove o bem-

---

<sup>8</sup> Embora a prescrição de terapêutica não seja uma intervenção do enfermeiro, quando através da sua avaliação percebe que a pessoa apresenta dor, ou agitação e não tem terapêutica prescrita para esse efeito, deve alertar a equipa médica para a sua eventual prescrição, de forma a promover o conforto da pessoa.

estar psicoespiritual, já que, a contenção física pode afetar a autoestima e o autoconceito da pessoa. Outro aspeto prende-se com o facto de se permitir a permanência das pessoas significativas, de forma a promover a tranquilidade da pessoa num ambiente que lhe é desconhecido, satisfazendo desta forma a necessidade de conforto no contexto social (Kolcaba, 2003). De acordo com a autora, é fundamental ter em conta o ambiente envolvente, reduzindo ao máximo os fatores externos capazes de provocar desconforto ou alterações comportamentais, como por exemplo os ruídos e a intensidade da luz. Desta forma é possível proporcionar conforto, minorando os fatores motivadores para o uso da contenção e os incidentes decorrentes da mesma.

Evidenciou-se a necessidade de se evitarem os efeitos adversos provocados pela utilização da contenção física, nomeadamente através de estratégias preventivas. Ainda que as lesões físicas subjacentes a esta intervenção sejam preocupantes, foram especialmente as implicações éticas que motivaram o surgimento de normas de boa prática, que pretenderam promover a segurança e o conforto da pessoa com necessidade de contenção. Estas orientações, das quais se salienta a 021/2011 da DGS, vigente em Portugal, para além de abordarem questões como indicações para a contenção, estratégias preventivas à sua utilização e atuação perante a necessidade de contenção, salientam ainda a importância dos registos no processo clínico e da formação, com intuito de promover cuidados de excelência centrados na pessoa.

#### **1.4.Contenção Física na Pessoa em Situação Crítica**

Este subcapítulo surge para relacionar a temática com o âmbito do curso frequentado. Para tal, em primeira instância, define-se PSC e posteriormente são referidos alguns estudos consultados relativos à prática da contenção física em contexto de SU e UCI, bem como os principais motivos da sua utilização. Por fim, são exploradas algumas orientações desenvolvidas em UCI.

De acordo com a OE (2010b), PSC refere-se ao indivíduo cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, devido à falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais que o colocam em risco de vida. Esta é frequentemente encontrado em contextos de SU e UCI, locais onde, de acordo com a revisão da literatura, a contenção física é utilizada com regularidade, pelo que se torna importante abordar esta temática nesta área de especialização.

A utilização da contenção física é recorrente neste tipo de pessoas, quer isolada, quer em combinação com a contenção química e prende-se essencialmente com a prevenção da remoção de dispositivos como TOT, cateter venoso central (CVC) ou LA e também devido a fatores como medo, ansiedade, dor e alterações do padrão de sono, tal como referem os estudos apresentados a seguir (De Jonghe et al., 2013).

Um estudo realizado com objetivo de investigar a sua utilização em UCI concluiu que habitualmente é utilizada para reduzir o risco de acidentes e promover a segurança da pessoa. Os autores salientaram a necessidade de se criarem diretrizes de atuação, devido à falta de informação contida no processo clínico relativamente à utilização da contenção, assim como se apurou a falta de comunicação / explicação à pessoa e respetiva família acerca da sua necessidade. Relativamente à vigilância, esta restringiu-se fundamentalmente à avaliação da circulação periférica e as complicações mais relatadas foram rubor, edemas e hematomas. Na maioria dos casos, a decisão foi tomada por enfermeiros e no que concerne aos motivos variaram entre: manutenção da segurança; prevenção da remoção de dispositivos; resistência aos cuidados; tentativa de levantar; proteção dos equipamentos e falta de recursos humanos. Os autores concluíram que a formação desenvolvida em determinadas UCI acerca da temática provocou diminuição da utilização da contenção física e dos seus efeitos adversos (Kandeel & Attia, 2013).

Um estudo realizado em várias UCI dos EUA, por Stinson (2016), concluiu que a contenção física é usada com maior frequência neste contexto, quando comparado com outros serviços de internamento, sobretudo devido aos dispositivos invasivos e outros fatores, como o medo, ansiedade, dor e alteração do padrão de sono. A sua utilização considerou-se responsável por lesões como úlceras de pressão, infeções nosocomiais, contusões, lacerações, lesões nervosas, incontinência urinária, alterações cognitivas, confusão e alterações do estado de consciência. Associou-se também a sentimentos como perda da liberdade; isolamento e desmoralização. O estudo revelou ainda que habitualmente é o enfermeiro que procede à contenção e focou a necessidade de se investir na formação.

Quanto à sua utilização no SU, um estudo com objetivo de perceber os fatores motivadores da contenção física neste contexto, concluiu que não existem dados que permitam clarificar a sua prevalência. Ainda assim, os autores referem que a contenção física é uma prática comum nos SU, em pessoas com ou sem distúrbios mentais, tal deve-se a ser um ambiente agitado, barulhento e iluminado, com superlotação e falta de

privacidade. Também os tempos de espera e a abstinência de substâncias como o tabaco podem exacerbar a sintomatologia da doença mental. Por outro lado, situações como hipoxia, hiperglicemia ou infecção potenciam a não adesão aos cuidados, em pessoas sem patologia mental (Chapman, Martin, Rahman, Barnfield, & McKenna, 2015).

Em Portugal não existem estudos publicados dirigidos especificamente ao contexto de UCI e SU. O estudo de Faria et al., (2012) relata que a taxa de utilização da contenção física em UCI é de 10% comparativamente a 37,3% do serviço de Medicina.

Devido às implicações éticas, ao uso abusivo e efeitos adversos resultantes da contenção criaram-se normas de orientação quer a nível internacional, quer a nível nacional.

Em 2003, a American College of Critical Care Medicine emitiu recomendações, que visam a excelência de cuidados, de forma a garantir conforto e respeito pela Dignidade Humana, aconselhando as medidas menos restritivas, que devem ser utilizadas apenas quando se prevê que o seu benefício é superior aos potenciais danos. Sugere a administração de analgésicos, sedativos e neurolépticos para tratamento da dor, ansiedade ou distúrbio psiquiátrico de forma a evitar-se a contenção física. Indica a avaliação das pessoas sob contenção pelo menos a cada 4 horas, para evitar desenvolvimento de complicações e preconiza que seja documentada no processo clínico toda a informação<sup>9</sup> (Maccioli et al., 2003).

Em 2010 Niamh Williams desenvolveu nos Hospitais Universitários de Nottingham, no Reino Unido, diretrizes que visam a prevenção e redução da utilização de todos os tipos de contenção. Estas evidenciam que a contenção deve ser o último recurso em situações de agitação e risco de automutilação, depois de serem excluídas todas as causas físicas tratáveis que as potenciem, como dor, angustia, sépsis, hipoxia, entre outras. Realçam a necessidade de ser uma decisão tomada em equipa, explicada à pessoa e familiar de referência, documentada e reavaliada a pelo menos cada 8 horas. Abordam ainda contra-indicações, instruções de uso e a necessidade de avaliação / reavaliação pela equipa, evidenciando a importância de incluir nos registos o motivo da contenção, o método utilizado, quem decidiu e quando foi implementado. A formação é também considerada essencial, no que respeita a estratégias alternativas, uso de contenções e formas de lidar

---

<sup>9</sup> Até à data não foi publicada qualquer revisão destas diretrizes.

com comportamentos violentos. A revisão destas diretrizes está prevista para 2018 (Williams, 2010).

Mais recentemente, em 2015, foram revistas as diretrizes de atuação emitidas em 2003 numa UCI do Hospital de Liverpool. Estas diretrizes visam a redução da utilização das medidas de contenção e a segurança da pessoa quando a sua aplicação não pode ser evitada. Reforçam a necessidade de garantir a vigilância horária, para despiste de lesões e alívio dos locais de imobilização, assim como recomendam o registo de toda a informação no processo clínico. O enfermeiro pode, em situação de urgência, aplicar dispositivos de contenção, contudo esta intervenção deve posteriormente ser prescrita pelo médico e revista a cada 24 horas. Realçam ainda que todos os incidentes relacionados com a utilização de contenção física devem ser reportados no sistema eletrónico para relato de incidentes (Hussein, 2015).

Em Portugal, não existem diretrizes específicas para pessoa em situação crítica, contudo, deve referir-se que a orientação 021/2011 da DGS serve de base para todos os contextos, sugerindo-se a sua adaptação à especificidade de cada um e salientando-se a necessidade de formação das equipas nesta área (DGS, 2011b).

O ambiente de UCI e SU, é potencial fonte de desconforto, não só pela dor causada pelos procedimentos invasivos, mas também pelos ruídos, luzes e diminuição do tempo e número de visitas, pelo que se revela crucial promover o conforto de forma holística, como defende Kolcaba (2003). É essencial que o enfermeiro execute intervenções que visem o conforto da pessoa, contribuindo para a sua adesão ao regime terapêutico, garantindo a continuidade de cuidados, que cooperará para evitar o recurso a medidas de contenção.

De acordo com o exposto anteriormente, conclui-se que a contenção física tem elevada incidência na PSC, especialmente devido ao uso de dispositivos invasivos e fatores como medo, ansiedade e alteração do padrão de sono. Por este motivo têm surgido várias orientações internacionais específicas para UCI, com objetivo de reduzir a sua utilização e os incidentes associados. Estas realçam que a contenção física deve ser sempre o último recurso, destacando a necessidade de se adequar a vigilância a cada situação e a documentar toda a informação no processo clínico. Evidenciam também a importância de se apostar na formação para se obterem resultados positivos neste âmbito.



## 2. PRÁTICA CLÍNICA

O conhecimento prático adquire-se ao longo do tempo e para nos consciencializarmos da sua existência é fundamental que criemos estratégias para que esse *saber fazer* possa ser desenvolvido e aperfeiçoado. Refletir sobre o percurso realizado é uma forma de nos consciencializarmos do nosso crescimento profissional (Benner,2001). Pelo que se considera importante efetuar uma análise retrospectiva do percurso efetuado, analisando situações específicas da prática de cuidados, no processo de aquisição e desenvolvimento de competências. É neste seguimento que se torna pertinente a realização deste relatório e concretamente deste capítulo, onde são referidas e analisadas as intervenções desenvolvidas ao longo do estágio.

A aquisição de novas competências é fundamental na procura da excelência profissional, sendo este um processo complexo e exigente (Benner,2001). A concretização deste percurso implicou, para além da readaptação ao papel de estudante, a integração em novas equipas e diferentes contextos, o que exigiu uma atitude dinâmica e proativa, de forma a se atingirem os objetivos previamente delineados.

O estágio decorreu em três contextos distintos, duas UCI e um SU, que foram selecionados durante as idas a campo por se considerarem favoráveis à aplicação do tema central do relatório.

### 2.1.Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes

O estágio em contexto de UCI subdividiu-se em dois períodos, ambos em unidades polivalentes. A primeira classificada como unidade de nível III<sup>10</sup>, constituída por onze camas, uma sala aberta que integra nove e dois quartos de isolamento com pressão

---

<sup>10</sup>“corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivistas, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente.”(Natário, A., Almeida, L., Pires, C., Meirinho, M., Proença, M., Trigo, 2003)



negativa<sup>11</sup>. O segundo contexto comporta cuidados de nível II<sup>12</sup> e de nível III, organizado em várias salas, num total de quatro de nível II e oito de nível III, cada uma com capacidade para duas pessoas. Em ambos os contextos é respeitada a distância de segurança entre camas<sup>13</sup>. Cada unidade está munida de todo o material tecnológico e equipamentos necessários para dar resposta às necessidades de cuidados, como por exemplo: ventilação mecânica invasiva (VMI); ventilação não invasiva (VNI); sistema de aspiração de secreções; monitorização invasiva e não invasiva e dispositivos de infusão de terapêutica e nutrição. Comporta também material para preparação e administração de terapêutica, para higiene, equipamentos de proteção individual (EPI), contentores para triagem de lixos e tudo o que é essencial para prestar cuidados sem que seja necessário sair da respetiva unidade. Esta estrutura organizacional para além garantir uma resposta rápida às necessidades de cuidados, contribui para a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Visto que, a organização dos serviços tem um papel crucial, devendo assegurar condições que permitam, por exemplo, a correta higienização das mãos e adequação do espaço entre as camas (DGS, 2008). Estes fatores foram facilitadores no desenvolvimento de competências no âmbito da prevenção e controle de infeção, que se tornaram essenciais na prestação de cuidados nestes contextos. Uma vez que as UCI são consideradas ambientes de risco por receberem pessoas em estado crítico e com maior potencial para desenvolverem infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS), devido aos inúmeros procedimentos invasivos. O que implica o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar no combate às IACS (DGS, 2010). Ambas as unidades integram o programa “stop infeção<sup>14</sup>” e é evidente na intervenção de toda a equipa o empenho em cumprir as normas de atuação, nomeadamente no respeito pela técnica asséptica, na utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) e higienização das mãos, incrementando nos familiares o mesmo

---

<sup>11</sup> Utilizados para isolar portadores de doenças altamente contagiosas por via aérea, para prevenir a disseminação do agente infeccioso. A pressão negativa permite a entrada de ar no quarto, (deslocação das zonas de maior para menor pressão), garantindo-se que o ar do seu interior não circula para o exterior, evitando-se a propagação. (H. Pinto; J.Semedo 2014)

<sup>12</sup> Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ...), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica (Direção Geral da Saúde, 2003).

<sup>13</sup> Distância preconizada entre camas para a eventual necessidade de isolamento não deve ser inferior a 1 metro (Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do HSM, 2002)

<sup>14</sup> O programa “Stop Infeção Hospitalar” tem como objetivo reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, em 12 hospitais, no período de 3 anos, através da implementação de uma metodologia de melhoria continua (Fundação Calouste Gulbenkian, n.d.).

comportamento. De destacar, o protocolo de prevenção de pneumonia associada ao ventilador (PAV), instituído nas duas unidades, com objetivo de estabelecer medidas cuja eficácia foi comprovada na diminuição da incidência da patologia<sup>15</sup>(Germano, 2010). Esta realidade contribuiu para a minha evolução neste campo de atuação, especialmente no que respeita à utilização dos EPI, promovendo aquisição de novos comportamentos que transpuseram para o meu contexto atual.

Embora algo distintas relativamente à estrutura física, no que concerne à dinâmica, aos procedimentos desenvolvidos, aos utentes admitidos<sup>16</sup> e aos rácios enfermeiro/utente<sup>17</sup> são idênticas. O facto de estarem envolvidas num ambiente de cuidados caracterizado pela complexidade exigiu a constante mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares e pesquisa bibliográfica relativamente a patologias e procedimentos que não constavam da minha prática habitual, nomeadamente: VMI; técnicas de substituição da função renal (TSFR) e oxigenador de membrana extracorporeal (ECMO)<sup>18</sup>. No que respeita ao ECMO, não tive possibilidade de prestar cuidados a pessoas com esse suporte. Contudo, como é uma temática que me desperta interesse, tive oportunidade de assistir a uma formação ministrada no segundo contexto. Considerando-a uma mais-valia na minha formação, pois esta técnica, que permite a manutenção da vida da PSC até à resolução da situação que condiciona a falência respiratória ou circulatória, é complexa e minuciosa, exigindo formação específica de toda a equipa (Annich et al., 2012). O facto de ter adquirido conhecimentos neste âmbito foi mais um passo importante e diferenciador no processo de aquisição de competências nos cuidados à PSC.

Relativamente à prestação de cuidados à PSC e família, as oportunidades de aprendizagem foram inúmeras, nos dois contextos. Contudo, o meu nível de intervenção

---

<sup>15</sup> Inclui medidas gerais como: educação dos profissionais; higienização das mãos; precauções de isolamento e vigilância epidemiológica. E medidas específicas como: preferir entubação orogástrica e orotraqueal, em vez da nasogástrica e nasotraqueal; evitar atrasos na extubação; manter pressão do cuff entre 20-30 cmH<sub>2</sub>O; manter cabeceira entre 30-45°; realizar higiene oral com solução de clorhexidina 0,2% e utilizar EPI durante aspiração e manipulação dos dispositivos de ventilação (Germano, 2010).

<sup>16</sup> Aqueles que necessitam de cuidados diferenciados complexos, do foro médico, cirúrgico e politrauma, vindos do SU, ou de qualquer unidade do mesmo hospital, do mesmo centro hospitalar ou de outro hospital que não tenha capacidade de resposta.

<sup>17</sup> Nas unidades de nível III o rácio e de um enfermeiro para dois utentes, pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários face à complexidade e instabilidade do doente. Na unidade de nível II, um enfermeiro para quatro utentes, uma vez que esta integra doentes mais estáveis e com menor necessidade de técnicas, monitorização invasiva e meios de diagnóstico e terapêutica (Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, Pedrosa, J., Sá, R., Moreno, 2013).

<sup>18</sup> Oxigenador de membrana extracorporeal (ECMO), é um dispositivo que visa o suporte da função respiratória e circulatória em pessoas com falência destes sistemas (Annich, G., Lynch, G., MacLaren, G., Wilson, J., Barlett, 2012).

foi distinto. O primeiro coincidiu com a readaptação ao papel de estudante e foi o contacto inicial com o ambiente de UCI enquanto profissional. Exigiu mais tempo para a consolidação de conteúdos teóricos e para a adaptação à equipa, à dinâmica e à diversidade de equipamentos tecnológicos. Por sua vez, no segundo contexto, o trabalho anteriormente desenvolvido permitiu que o processo de integração fosse mais rápido, o que se traduziu numa prestação de cuidados mais eficiente, indo ao encontro dos resultados esperados. Esta diferença de atuação pode atribuir-se ao *saber fazer*<sup>19</sup> adquirido através da experiência, pois o facto de se intervir previamente em situações semelhantes melhora a nossa atuação, uma vez que através da experiência e do domínio a competência se transforma, promovendo a melhoria dos cuidados prestados (Benner,2001).

Neste âmbito realizei intervenções específicas de enfermagem como a avaliação da PSC recorrendo à monitorização das escalas implementadas, nomeadamente escala de coma de *Glasgow*<sup>20</sup> (ECG), escala de RASS<sup>21</sup> (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) e a escala de dor BPS (*Behavioral Pain Scale*)<sup>22</sup>. De forma a adequar a minha intervenção face às necessidades. Prestei cuidados à pessoa com necessidade de VMI e VNI; colaborei na colocação de LA; CVC e cateter *PiCCO*<sup>23</sup>, promovendo a monitorização hemodinâmica contínua, nomeadamente pressão venosa central (PVC), pressão intra-abdominal (PIA) e débito cardíaco (DC). Cooperei na colocação de cateter de hemodiálise e cuidei da pessoa com doença renal aguda ou crónica, com necessidade de TSFR. Na segunda unidade existia uma sala de diálise<sup>24</sup>, onde tive oportunidade de desenvolver competências específicas neste âmbito, nomeadamente acerca da punção da fistula arteriovenosa (FAV). Preparei e administrei terapêutica e intervim em cuidados pós cirúrgicos, garantindo a vigilância e monitorização adequadas de forma a antecipar possíveis complicações.

---

<sup>19</sup> *Saber fazer* é a tradução da expressão *know how* utilizada por Benner, que se refere ao saber que advém da experiência, ao conhecimento prático, saber como fazer, como agir perante as situações, (Benner, 2001)

<sup>20</sup> A ECG é utilizada para monitorizar o estado de consciência, através da avaliação da resposta verbal, ocular e motora. O score varia entre 3 e 15, sendo 3 a resposta neurológica mais negativa e 15 a melhor resposta neurológica. (Varanda, E., Rodrigues, C., Costa, 2015).

<sup>21</sup> Escala de *Richmond* de agitação-sedação (RASS), avalia o grau de sedação / agitação da pessoa, sendo que -5 é o grau de sedação mais elevado e +4 o maior grau de agitação e 0 representa o estado de alerta calmo.

<sup>22</sup> Utilizada para avaliar a dor em pessoas sedadas e /ou ventiladas, recorrendo-se à observação da expressão facial, tónus dos membros superiores e adaptação ao ventilador, variando entre 3 (sem dor) e 12 (dor máxima) (Roque, A., Fabião, D., Oliveira, 2013).

<sup>23</sup> *Cateter de Pulse Continuos Cardiac Output*

<sup>24</sup> Dão entrada na sala de diálise pessoas com doença renal aguda ou crónica, internadas em unidades do mesmo hospital, ou de outros hospitais, onde não existe este recurso.

Tive ainda oportunidade de explorar alguns protocolos implementados nas unidades tais como: insulina, transporte doente crítico e hipoterapia. No que concerne à execução de registos de enfermagem, a primeira unidade utiliza um sistema que desconhecia, o *B-Simple*<sup>25</sup>, pelo que foi necessário desenvolver conhecimentos acerca da sua funcionalidade. A segunda tem implementado o *SClinico*<sup>26</sup>, com o qual já tinha experiência, pelo que foi mais um aspeto facilitador.

O desenvolvimento das intervenções exigiu interação com o enfermeiro orientador e restante equipa multidisciplinar, onde evidenciei pensamento crítico e espírito reflexivo, mobilizando conhecimentos anteriormente adquiridos. Estes resultaram da pesquisa bibliográfica, das unidades curriculares e da minha experiência prévia, e permitiram-me sugerir determinadas ações, intervir em decisões e confrontar as práticas da unidade com a literatura. Neste âmbito, realizei no segundo contexto, um estudo de caso intitulado de “cuidados especializados de enfermagem à PSC com perfuração esofágica”. Este caso foi selecionado por me ter despertado interesse e também por ser uma patologia acerca da qual tive necessidade de aprofundar conhecimentos de forma a elaborar planos de cuidados individualizados e prestar cuidados em segurança. A sua execução permitiu-me ainda comparar a evidencia científica com a prática clínica na unidade em questão, promovendo o desenvolvimento da capacidade de reflexão e análise crítica.

O pensamento crítico e espírito reflexivo são instrumentos importantes na tomada de decisão do enfermeiro, e são uma constante na sua prática diária. Esta implica uma abordagem sistémica e sistemática, através da qual o enfermeiro é capaz de identificar as necessidades de cuidados de um indivíduo, programando intervenções com intuito de evitar riscos, detetar atempadamente potenciais problemas e resolver aqueles que foram identificados. Na implementação das intervenções, a prática do enfermeiro deve ser orientada pelos resultados da investigação, assim como deve ter em conta que bons cuidados têm significados distintos para pessoas diferentes, daí a necessidade de os individualizar (OE, 2011b). A tomada de decisão, orientada por princípios, valores e normas deontológicas foi uma constante no decorrer deste estágio, exigindo o envolvimento da

---

<sup>25</sup> Programa informático concebido para UCI, para contemplar métodos e rotinas, permitindo a interoperabilidade de dados com outros sistemas já implementados no hospital e a possibilidade de integrar a informação obtida pelos dispositivos médicos como sinais vitais e débitos das bombas de perfusão (B-Simple HealthCare Solutions, 2017).

<sup>26</sup> Software que une o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2017).

pessoa e da família, respeitando as suas crenças, valores e desejos. A decisão em enfermagem é fundamental em intervenções específicas, nomeadamente no planeamento do transporte da PSC. Na sua execução é essencial que se equacionem os riscos e benefícios, seleccionando-se todo o material e equipamento necessários de forma a prevenir possíveis complicações. Tive oportunidade de efetuar vários transportes intra-hospitalares, sendo que numa fase inicial o facto de existir um protocolo, com *check-list de verificação* do material necessário facilitou este processo.

No que diz respeito ao tema central do relatório, considero que foi um aspeto bastante valorizador do meu percurso, em ambas as unidades. Nas idas a campo tive oportunidade de conhecer os serviços e perceber que eram contextos favoráveis à aplicação do mesmo, quer pela frequência com que se recorre à contenção física, quer pela falta de registos acerca da mesma.

Na primeira unidade, embora, os profissionais de saúde atuassem de forma a garantir a segurança da pessoa, recorrendo por exemplo a estratégias preventivas e à vigilância adequada, essas ações não se traduziam nos registos de enfermagem. Nomeadamente, por não existirem intervenções programadas para esse efeito no sistema de registos de enfermagem. Deste modo, considere importante desenvolver a parametrização<sup>27</sup> das intervenções necessárias. Estas permitem referir aspetos como: avaliação do estado da pessoa (através das escalas de RASS; *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM ICU)<sup>28</sup> e da identificação dos fatores de agitação); implementação de medidas preventivas e o seu resultado; aplicação de medidas de segurança (onde é descrito o tipo de contenção e o método utilizado) e reavaliação da aplicação das mesmas de forma a evitar lesões e a avaliar-se a necessidade de se manter a contenção. Estas intervenções surgem associadas ao foco *confusão*<sup>29</sup> ou à atitude terapêutica *imobilização* (apêndice I). Depois desta parametrização considerou-se ser importante a sua divulgação de forma a uniformizarem-se os registos. Assim, decidiu-se efetuar uma sessão de formação para difundir alguns conteúdos relativos à contenção física, nomeadamente: indicações; motivos de utilização; complicações; estratégias

---

<sup>27</sup> Processo de seleção de intervenções de enfermagem (baseadas na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem **CIPE**®) que estão disponíveis no programa ou que são passíveis de serem introduzidas, para possibilitarem o registo os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com necessidade de contenção física.

<sup>28</sup> Escala é utilizada para diagnosticar a presença de delírio em pessoas internadas em UCI, nomeadamente em ventilados. (Brummel, N., Vasilevskis, E., Han, J., Boehm, L., Pun, B., Ely, 2013)

<sup>29</sup> Conceitos em conformidade com a linguagem CIPE

preventivas e discussão das intervenções parametrizadas, que foram aceites pela equipa. Esta sessão foi considerada pertinente e avaliada em “muito bom” por todos os participantes, através de um questionário de avaliação que é facultado pelo núcleo de formação. Uma vez que nem todos os elementos da equipa puderam estar presentes, decidiu-se fazer gravação da sessão e divulgação através do portal *Educast*<sup>30</sup>, para que a informação pudesse ficar disponível através de uma ligação ao portal que foi facultada ao serviço<sup>31</sup> (Apêndice II). Considerei esta intervenção importante, na medida em que, a formação em serviço se constitui como instrumento de reflexão e mudança, promovendo a aquisição de competências para identificar, prevenir e eliminar potenciais problemas (Castro, 2007). Posteriormente reconheceu-se também a relevância desta informação ficar descrita num documento aprovado pela chefia do serviço e pela direção de enfermagem, pelo que se elaborou uma norma de procedimento com objetivo de orientar os cuidados à pessoa sob contenção física em UCI. Esta engloba alguns conceitos, descreve estratégias preventivas a utilizar, refere a sequência lógica da aplicação de medidas de contenção e, por fim, destaca os registos de enfermagem no *Bsimple*. Após ter sido aprovado pela chefia do serviço aguarda consentimento da enfermeira diretora. (Apêndice III).

Para além de ir ao encontro do desenvolvimento do meu projeto, esta atividade permitiu-me dar resposta às necessidades da unidade, assim como me integrei no desenvolvimento de projetos anteriormente iniciados e que envolveram a interação não só com a equipa de enfermagem, mas também com a equipa médica. Como, por exemplo, no que respeita à avaliação da escala *CAM ICU*, que se tentou implementar previamente no serviço sem sucesso. Este projeto relançou essa necessidade, uma vez que a sua monitorização é fundamental para avaliar o estado da pessoa, justificando, por exemplo, o recurso às medidas de contenção.

Relativamente ao desenvolvimento do projeto na segunda unidade, considerei importante enquadrar a problemática, recorrendo a um levantamento de dados. Assim, durante três turnos, registei o número de pessoas sob contenção física na unidade e analisei o processo de cada um de forma a identificar a existência de registos referentes à intervenção, sua prescrição e também à execução de medidas preventivas. Estes dados permitiram concluir que na avaliação de 45 pessoas internadas, 12 estavam contidas

---

<sup>30</sup> É um serviço de gestão de vídeo utilizado para registar e distribuir conteúdos letivos, que podem facilmente ser descarregados, visualizados ou partilhados via internet (<https://educast.fccn.pt>)

<sup>31</sup> A gravação da sessão não se disponibiliza por permitir identificar o serviço em questão.

fisicamente, das quais 7 tinham *sedoanalgesia* em perfusão, em horário fixo ou SOS, e apenas em 2 casos tinham sido efetuados registos relativos a esta intervenção. Relativamente à prescrição médica da intervenção, não se verificou em nenhuma das situações.

Para além dos dados colhidos, foi-me facultada informação obtida na consulta de *seguimento*<sup>32</sup>. Pude constatar que 130 dos 655 inquiridos responderam que recordam ter vivenciado com stress a contenção física (“custava-me, mas tinha de ser”; “custava muito era um sacrificio”; “era horrível não desejo a ninguém”) e de um estudo acerca da auto extubação<sup>33</sup>, em que 5 dos 6 doentes que se auto extubaram estavam sob contenção física.

Os dados colhidos permitiram concluir que a contenção física é utilizada com frequência e que raramente é documentada, pelo que se considerou pertinente realizar uma sessão de formação que servisse para divulgação do problema e permitisse sensibilizar para a necessidade de alterar comportamentos. Esta incidiu sobre: conceitos associados à contenção física; divulgação dos dados recolhidos; motivos e complicações da sua utilização e sugestões de documentação no *Sclinico* (APÊNDICE IV). A sessão foi disponibilizada ao serviço em suporte digital e também através de uma ligação do portal Educast. Contudo, devido à sobrelotação do plano de formação da unidade, não foi possível realizá-la presencialmente. Ainda assim, houve *formação de pares*<sup>34</sup>, durante a passagem de ocorrências e em conversas informais, ao longo das quais fui incrementando na equipa a necessidade de se proceder ao registo desta intervenção, assim como incitei ao uso de estratégias preventivas, especialmente no que respeita à promoção do conforto da pessoa, nomeadamente adequação da temperatura e regulação da luz da sala, aos posicionamentos e administração de analgesia para controle da dor. Uma vez que, o enfermeiro deve ter a capacidade de identificar as necessidades de conforto da pessoa de forma a desenvolver intervenções que possibilitem satisfazê-las (Kolcaba, 2003). Este facto pode evitar o recurso à contenção física ou reduzir a durabilidade da sua aplicação, uma vez que de acordo com a revisão da literatura, a insatisfação de necessidades como

---

<sup>32</sup> Consulta efetuada por uma enfermeira do serviço que tem como objetivo perceber se as pessoas que estiveram internadas se recordam das experiências vivenciadas na unidade, através da resposta a um questionário que inclui uma questão direcionada para a contenção física: “como se lembra da sua estadia, no que se refere aos momentos que vivenciou da imobilização no leito?”.

<sup>33</sup> Estudo desenvolvido na unidade para identificar os fatores motivadores da auto extubação, com intuito de reduzir a sua incidência.

<sup>34</sup> Considerada formação “par a par”, uma vez que um membro integrante de um grupo pode influenciar os valores, crenças e comportamentos dos restantes elementos desse mesmo grupo, sendo esta uma forma de educação, quer em grupos de trabalho, quer em comunidades (Brito, 2009) .

conforto, hidratação ou sono podem provocar agitação e desorientação motivando o uso dessas medidas (Kandeel & Attia, (2013)).

Desta forma, a realização de estágios nestas UCI revelou-se fundamental na medida em que pude melhorar a minha abordagem nos cuidados à PSC e família através desenvolvimento de diversas intervenções em colaboração com a equipa. Foi notória uma evolução gradual, pois o conhecimento teórico é fundamental porque permite antecipar os cuidados a ter em determinadas situações. Contudo, há sempre elementos que a teoria não prevê e só a experiência pode trazer (Benner, 2001). Assim, pude intervir enquanto agente de mudança com vista à melhoria das práticas no âmbito do tema central deste relatório, através da formação e sensibilização de pares.

Face ao descrito anteriormente, considero ter adquirido as competências programadas no âmbito dos cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de UCI, bem como competências específicas nos cuidados à PSC sob contenção física.

## **2.2.Serviço de Urgência Polivalente**

O SU, no qual decorreu o estágio, está integrado num centro hospitalar e é um serviço polivalente, uma vez que integra o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência/Emergência<sup>35</sup>, incluindo uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) (Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto). Utiliza o sistema de *Triagem de Manchester*, que permite identificar precocemente a pessoa com necessidade de cuidados urgentes, de forma objetiva e contínua, ao longo do tempo. Possibilita também a sua integração em *vias verdes (VV)*<sup>36</sup> com o objetivo de definir o nível de prioridade, através da identificação de critérios de gravidade, de forma a garantir a primeira observação médica no tempo alvo recomendado, possibilitando a sua inclusão numa de cinco

---

<sup>35</sup> Neurocirurgia; Imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética; Patologia Clínica com Toxicologia; Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco / Angioplastia; Pneumologia (com fibroscopia); Gastrenterologia (com endoscopia); Cirurgia Cardiorádica; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Maxilo-facial; Cirurgia Vascular e Medicina Intensiva (Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto).

<sup>36</sup> Sistemas de resposta rápida, baseadas em algoritmos de avaliação e tratamento de patologias que surgem com frequência, em que o tempo para a realização de determinadas atitudes clínicas é fundamental para o resultado terapêutico. Cada uma das VV tem um modelo que caracteriza a relação entre o SU e diferentes especialidades fundamentais, como: Neurologia/Medicina Interna para o acidente vascular cerebral (AVC), Cardiologia/Cateterismo cardíaco para a Coronária, Cirurgia Geral para o Trauma e Medicina Intensiva para a Sepsis. (Paiva et al. 2012).



prioridades<sup>37</sup> (DGS, 2015). Para além dos postos de triagem, integra três zonas distintas para pessoas triadas com verde e azul; com amarelo e com laranja. Tem também salas de pequena cirurgia /ortopedia, salas de observação, onde permanecem as pessoas com necessidade de monitorização de sinais vitais e requerem maior vigilância. É ainda constituída por duas salas destinadas às vítimas de trauma (ST) e duas salas de emergência (SE) destinadas não só à PSC transportada pela VMER, mas também a pessoas com necessidade de cuidados emergentes, ou que exijam cuidados imediatos para evitar detioração do seu estado. Estas salas estão munidas de todo o material tecnológico e equipamentos necessários para dar resposta às necessidades de cuidados, como por exemplo: equipamento para realização de raio X; VMI; VNI; sistema de aspiração de secreções; monitorização invasiva e não invasiva e dispositivos de infusão de terapêutica.

Um ambiente caracterizado pela imprevisibilidade, complexidade e diversidade de intervenções exigiu a constante mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos nas unidades curriculares e ainda a pesquisa bibliográfica relativamente a temas que não constavam da minha prática diária, nomeadamente conteúdos relacionados com trauma.

No que respeita aos cuidados de enfermagem à PSC vítima de doença súbita, em situação urgente/emergente e de risco de vida, destaco os cuidados prestados a pessoas com síndrome coronário agudo, insuficiência cardíaca; edema agudo do pulmão e outras patologias cardiorrespiratórias e metabólicas, com as quais me deparo com frequência no meu contexto de trabalho e perante as quais não senti dificuldades.

Uma vez que o estágio prevê a prestação de cuidados à PSC com necessidade de cuidados urgentes/emergentes, apesar de ter passado pelos vários setores da urgência, permaneci especialmente nas SE e ST. Onde tive oportunidade de desenvolver várias intervenções desde acolhimento da PSC e família, à monitorização não invasiva, com leitura e interpretação de traçados cardíacos (TC), bem como avaliação primária<sup>38</sup>, tendo em conta a abordagem *ABCDE*<sup>39</sup>. Intervim em situações de reanimação colocando em prática conhecimentos de Suporte Avançado de Vida (SAV). Nas ST prestei cuidados ao

---

<sup>37</sup> Emergente (vermelho) e prevê atendimento imediato; muito urgente (laranja) com atendimento nos primeiros 10 minutos; urgente (amarelo), necessita de atendimento até 60 minutos; pouco urgente (verde) com atendimento previsto até 120 minutos e não urgente (azul), tempo de atendimento pode chegar aos 240 minutos (DGS, 2015).

<sup>38</sup> Designa a avaliação da pessoa estabelecendo prioridades de tratamento de acordo com as lesões, sinais vitais e mecanismo de lesão. Deve ser uma avaliação rápida, seguindo a dinâmica ABCDE (American College of Surgeons, 2012).

<sup>39</sup> A- Via Aérea; B-Ventilação; C-Circulação; D-Disfunção Neurológica; E- Exposição .

politraumatizado, procedendo à avaliação primária e secundária<sup>40</sup> tendo em conta a abordagem *ABCDE*, de forma a despistar lesões e focos de instabilidade, para reverter situações tratáveis e antecipar possíveis complicações, mobilizando conhecimentos de suporte avançado de vida em trauma (SAVT). Efetuei transportes da PSC, quer intra-hospitalares para unidades de cuidados intensivos, quer inter-hospitalares, nomeadamente para realização de meios complementares de diagnóstico e tratamento. Nestes transportes é essencial que se equacionem os riscos e benefícios e que se tenha em conta as três fases que comportam esta intervenção: decisão, planeamento e efetivação (SPCI, 2008). Neste âmbito cooperei no planeamento do mesmo, selecionando os meios de monitorização, equipamento e terapêutica necessários, bem como antecipação e prevenção de complicações. Ainda neste campo de ação, testei materiais e equipamentos e conferi a composição da *mala de transportes*<sup>41</sup>. Outra experiência importante foi a oportunidade de conhecer a dinâmica de funcionamento das VV. O SU em causa engloba as diversas VV e presenciei ativação da VV de trauma e de AVC. Nestas situações, a pessoa é encaminhada da triagem para a SE ou diretamente para realização dos exames complementares de diagnóstico necessários, o que permite que seja estabelecido rapidamente um diagnóstico e respetivo tratamento em tempo útil.

No que respeita à intervenção na prevenção e controle de infeção num contexto tão distinto da realidade organizada e controlada da UCI, em que a distância de segurança entre camas raramente se consegue respeitar, devem intensificar-se medidas na prevenção das IACS. Em situações que dependem diretamente do enfermeiro e que podem ser evitadas, como por exemplo, pela correta higienização das mãos, pelo uso de material de proteção individual e pelo isolamento de portadores de patologias que o exijam. Ou através de medidas indiretas, como ensinamentos àqueles que recorrem aos cuidados de saúde, incutindo-lhes comportamentos adequados neste âmbito. Apesar das dificuldades impostas pelas condições físicas e organizacionais, este aspeto tem sido foco de atenção ao longo dos últimos anos, existindo um elemento responsável por esta área, que efetua auditorias, divulgando os seus resultados, com intuito de se identificarem falhas e difundir estratégias para se ultrapassarem. Esta prática de observação, para identificar comportamentos

---

<sup>40</sup> A avaliação secundária consiste em examinar a pessoa da cabeça aos pés, de forma mais pormenorizada, elaborando história clínica e exame físico completos, incluindo a reavaliação de todos os sinais vitais (American College of Surgeons, 2012).

<sup>41</sup> Mala que contém material e terapêutica necessários para garantir a continuidade de cuidados e a antecipação de possíveis complicações durante o transporte.

desadequados, possibilitando a sua correção com intuito de promover a excelência dos cuidados, é uma mais-valia neste contexto, que considero importante mobilizar para a minha prática de cuidados.

A obrigatoriedade de rápidas respostas face às necessidades faz com que a tomada de decisão seja uma constante neste contexto, nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de prioridades, tao importante num contexto de urgência ou, por exemplo, na decisão de permitir ou não a presença de familiares. Este processo é complexo e exige que o enfermeiro tenha disponibilidade para prestar apoio à família e discernimento de avaliar quando é favorável para ambos a sua presença, bem como perceber quando é impossível a sua permanência devido à sobrelotação ou a questões emocionais dos familiares, entre outros.

O envolvimento da família foi uma das maiores dificuldades com que me deparei neste ambiente. Esta é uma questão complexa, pois para além de agir face à instabilidade da pessoa que cuida, o enfermeiro tem que ser capaz de responder às necessidades da família. É difícil gerir estas situações em contexto de urgência, especialmente porque muitas vezes, o enfermeiro, não consegue dedicar-lhes o tempo que as mesmas exigem. Na fase inicial, este processo de envolver a família nos cuidados foi um desafio, uma vez que por querer evoluir ao máximo na prestação de cuidados à PSC em contexto de SU, acabava por me focar demasiado na componente técnica e nos cuidados diretos à pessoa. Contudo, à medida que fui ganhando segurança, fui-me tornando capaz de integrar a família, prestando apoio e esclarecendo as suas dúvidas.

Relativamente ao tema central do projeto, este contexto foi selecionado por ser um serviço onde a contenção física é executada com frequência, tendo-se identificado carência de registos referentes à mesma. Benner (2001) refere que os registos da prática de enfermagem e a observação em contexto clínico favorecem o enriquecimento da teoria e do conhecimento em enfermagem. Neste seguimento, é fundamental que o enfermeiro registe todas as intervenções que desenvolve, de forma a garantir a continuidade de cuidados e a segurança da pessoa cuidada. No SU em questão, iniciou-se um projeto com vista à uniformização dos cuidados à PSC sob contenção, mas que não foi concretizado. Para a sua finalização era necessário atualizar a informação de acordo com a orientação 021/2011 da DGS (DGS, 2011b) e uniformizar os registos de enfermagem. Após reunião com a chefia, concluiu-se que era necessária uma norma de procedimento de forma a padronizar a atuação da equipa (APÊNDICE V). Onde deveriam estar referidos conceitos,

indicações, complicações, estratégias preventivas e informação a contemplar no processo clínico. Procedi à elaboração da norma de procedimento que aguarda aprovação ou sugestões de melhoria, pela chefia, pelo que ainda está sujeito a alterações. Embora tenha terminado o estágio, assumi o compromisso de ajudar a concluí-la. Foi também disponibilizada uma sessão sobre *Contenção física*, através de uma ligação ao portal Educast, de forma a complementar o processo de formação. Elaboraram-se duas sessões distintas, uma totalmente adaptada ao primeiro contexto, que incluía a parametrização das intervenções e outra mais geral adaptável aos contextos de UCI e SU.

Ainda neste seguimento considerei a minha intervenção, embora limitada pelo tempo, bastante pertinente pois, apesar da contenção física ser utilizada com frequência, nem sempre se efetuavam registos de enfermagem referentes a esta intervenção. Desta forma, embora não tivesse desenvolvido uma sessão formal, houve formação de pares, em conversas informais, em que dei a conhecer o meu projeto e a orientação da DGS. Tive também oportunidade de expor o trabalho em curso relativamente à elaboração do procedimento e obter contributos da equipa para a sua execução. Para além disso, ao longo do estágio, prestei cuidados à PSC sob contenção e incentivei a equipa a implementar estratégias preventivas, a aumentar a vigilância e a potencializar o conforto, com intuito de levar à prática o meu projeto e também na perspetiva que o conforto é um dos principais objetivos do cuidar. Assim, ao longo deste percurso, procurei promover o conforto da PSC, numa perspetiva holística, através da satisfação de necessidades básicas como alimentação e hidratação. E também através do respeito pela sua individualidade e pelos seus valores, pelo esclarecimento da sua situação e dos procedimentos efetuados, estabelecendo uma relação de interação com objetivo de a conhecer e perceber as suas preocupações, promovendo o seu bem-estar (Kolcaba, 2003).

Relativamente a intervenções não planeadas, tive a possibilidade de assistir e colaborar num processo de colheita de córneas, que considerei uma experiência enriquecedora e que me permitiu aprofundar conhecimentos relativamente à doação/colheita de órgãos. Desempenhei funções de gestão, tais como verificação do funcionamento dos equipamentos das SE, reposição dos materiais integrantes nos armários da sala, contagem de estupefacientes e reposição / confirmação do carro de urgência, de acordo com a orientação 008/2011 (DGS, 2011a). Tive ainda oportunidade de realizar dois turnos na VMER. Esta experiência possibilitou-me uma perspetiva diferente nos cuidados à PSC na medida em vivenciei situações que exigiram uma intervenção

imediate, muitas vezes em condições pouco favoráveis, promovendo assim a minha atuação perante a PSC em risco de vida, essencialmente através da mobilização de conteúdos de suporte avançado de vida (SAV).

Considero que a minha experiência no serviço de urgência se revelou uma mais-valia, uma vez que me possibilitou novas aprendizagens e me permitiu adquirir competências nos cuidados à PSC em risco de vida, incrementando o desenvolvimento da minha destreza no que respeita à tomada de decisão e à execução dos diversos procedimentos. Tal como na UCI, tive oportunidade de intervir no âmbito do meu projeto incentivando a mudança na procura de cuidados de excelência. Desta forma concluo que foram atingidos os objetivos deste percurso, o que se traduziu na aquisição de competências no âmbito dos cuidados especializados de enfermagem à PSC em contexto de SU e mais especificamente em competências nos cuidados especializados à PSC sob contenção física.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais motivos que conduzem à aplicação de medidas de contenção física estão relacionados com risco de queda ou de exteriorização de dispositivos invasivos e com situações como alterações do estado de consciência, confusão, *delirium* ou comportamentos agressivos. Através da revisão da literatura percebeu-se que estas são situações que surgem com regularidade em contextos de UCI e SU, onde a contenção física é frequentemente utilizada. Verificou-se também que a intervenção do enfermeiro é de extrema importância, não só na prevenção da utilização destas medidas, pela satisfação das necessidades de conforto, mas também na vigilância da pessoa contida, através do despiste de lesões, da avaliação do seu estado, decidindo manter ou remover as medidas de contenção e da execução dos respetivos registos.

Neste seguimento, ao longo dos contextos de prática de cuidados tentou-se incutir nas equipas a necessidade de se otimizarem os cuidados à PSC sob contenção física. Incidiu-se particularmente na implementação e uniformização dos registos de enfermagem, uma vez que foi a principal lacuna encontrada, sendo esta transversal a todos os serviços. Esta sensibilização foi efetuada através da formação em serviço e da *formação de pares*, sendo que as equipas se mostraram motivadas para iniciar este processo de mudança.

No que respeita às dificuldades sentidas ao longo deste percurso, a principal foi o facto de voltar ao papel de estudante, de sair da minha *zona de conforto*, perdendo a independência na prestação de cuidados e passando por um novo processo de integração. Contudo, a recetividade das equipas, a pesquisa bibliográfica para consolidação dos conhecimentos teóricos, a observação dos cuidados prestados por peritos na área e a diversidade de intervenções desenvolvidas permitiram-me ganhar confiança e autonomia, promovendo o meu envolvimento na equipa e no ambiente de cuidados. A duração do estágio e o facto de serem três contextos diferentes foi outro aspeto dificultador, uma vez que implicou três integrações em equipas, dinâmicas e espaços físicos distintos. Contudo, o facto de dois dos serviços serem unidades semelhantes permitiu-me não só uma rápida integração, como possibilitou uma autoavaliação na transição da primeira para a segunda de forma a identificar as dificuldades que poderiam ser trabalhadas na unidade seguinte. Também as idas a campo, que possibilitaram a identificação precoce das necessidades dos

serviços, a par da atitude proativa e dinâmica que assumi agilizaram a implementação das atividades previstas face à aplicação do projeto e à aquisição de novas competências.

Enquanto aspetos negativos destaco o facto de não ter tido oportunidade de prestar cuidados à pessoa com suporte de ECMO, uma vez que é uma área acerca da qual tenho particular interesse. No entanto, o facto de ter assistido a uma formação acerca da temática foi uma mais-valia na minha formação, permitindo-me nortear a minha intervenção neste âmbito numa experiência futura.

Em relação aos aspetos positivos destaco a diversidade de experiências vivenciadas e as inúmeras aprendizagens em que se traduziram, permitindo-me atingir os objetivos previamente delineados. No que concerne ao projeto pessoal, a aceitação por parte das equipas que integrei permitiu-me desenvolver um trabalho que foi ao encontro dos objetivos delineados, mas também das necessidades de cada serviço, contribuindo para a otimização dos cuidados à PSC sob contenção física.

Quanto à elaboração do presente relatório foi um passo determinante, que me possibilitou refletir acerca deste percurso de aprendizagem de forma a fazer um balanço da minha prestação de cuidados no decorrer dos três estágios, permitindo-me ter perceção das competências adquiridas. Considero que atingi os objetivos previamente definidos, traduzindo-se na aquisição de competências especializadas na prestação de cuidados à PSC e família, em contexto de UCI e SU polivalentes. Desenvolvi ainda competências específicas na prestação de cuidados à PSC sob contenção física quer através da prestação de cuidados diretos, quer através do desenvolvimento de atividades com vista à otimização dos cuidados à mesma.

Ainda que finalizado este processo, o meu percurso na procura da excelência na prática de cuidados continuará, uma vez que pretendo difundir este projeto no meu atual contexto de trabalho, com intuito de colmatar lacunas existentes relativamente ao conforto e à segurança da PSC sob contenção física. E quem sabe novos desafios surgirão, no âmbito do projeto, ao longo deste contínuo percurso de aprendizagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Khaled, T., Zahran, E., El-Soussi, A. (2011). Nurses' related factors influencing the use of physical restraint in critical care units Tarek. *Journal of American Science*, 7(8), 13–22. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support -ATLS* (9ª). Chicago.
- Annich, G., Lynch, G., MacLaren, G., Wilson, J., Barlett, R. (2012). *ECMO- Extracorporeal Cardiopulmonary Support in Critical Care* (4ª).
- Assembleia da República (2005). Constituição da república portuguesa -VII Revisão Constitucional, Assembleia da República Portuguesa  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- B-Simple HealthCare Solutions. (2017). B-Simple. Consultado em: <https://www.b-simple.pt/uci-adultos-pt>
- Beauchamp, Tom L. ; Childress, J. F. (2011). *Princípios de ética biomédica*. (2ª). S.Paulo: Ed. Loyola.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (2ª edição). Quarteto Editora.
- Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O'Leary, M., ... Waterhouse, C. (2004). British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nursing in Critical Care*, 9(5), 199–212. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2004.00074.x>
- Brito, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares- Intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. *Enfermagem e o Cidadão, Jornal Da Secção Regional Do Centro Da Ordem Dos Enfermeiros*, 7(19).
- Brummel, N., Vasilevskis, E., Han, J., Boehm, L., Pun, B., Ely, E. (2013). Implementing *Delirium* Screening in the Intensive Care Unit: Secrets to Success. *Crit Care Med.*, 41(9), 2196–2208. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31829a6f1e>.Implementing
- Castro, M. C. (2007). *Percepção dos enfermeiros sobre os contributos do curso de complemento de formação em enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados*



de enfermagem. *Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Chapman, R., Martin, C., Rahman, A., Barnfield, J., & McKenna, B. (2015). The use of manual restraint in the emergency department, do we really know what's going on? *International Emergency Nursing*, 23(2), 109–111. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.10.005>

CNECV. (1999). Documento De Trabalho 26/CNECV/99 Reflexão ética sobre a dignidade humana. *Conselho Nacional de Ética Para as Ciências Da Vida*. Consultado em: [http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273058936\\_P026\\_DignidadeHumana.pdf](http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1273058936_P026_DignidadeHumana.pdf)

College of Nurses of Ontario. (2009). Practice Standard: Restraints. Ontario. Consultado em: [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043\\_Restraints.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043_Restraints.pdf)

Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do HSM. Isolamento - Recomendação nº1/2002 (2002).

De Jonghe, B., Constantin, J. M., Chanques, G., Capdevila, X., Lefrant, J. Y., Outin, H., & Mantz, J. (2013). Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: A survey of French practice. *Intensive Care Medicine*, 39(1), 31–37. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2715-9>

Decreto-Lei N.º35/99. Diário da República - I Série -A, Pub. L. No. Decreto-Lei N.º35/99, 676 (1999).

Decreto-Lei n.º74/2006 de 24 de Março. Diário da República (2006). Diário da República, 1ª Série A, N.º60.

DGS. (2007). Circular Normativa N.º 08/DSPSM/DSPCS. Portugal. <https://doi.org/10.1590/S0102-47442006000300012>

DGS. (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde - manual de operacionalização.

DGS. (2010). Programa Nacional da prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde - Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguinea - Protocolo.

- DGS. (2011a). Orientação da DGS 008/2011 de 28/03/2011.
- DGS. (2011b). Orientação nº 021/2011. Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente. *Direção-Geral Da Saúde*.
- DGS. (2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata.
- Enns, E., Rhemtulla, R., Ewa, V., Fruetel, K., Holroyd-Leduc, K. (2014). A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(3), 541–545. <https://doi.org/10.1111/jgs.12710>
- ESEL. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Consultado em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02501.x>
- Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2012). A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(Nº6), 7–16. <https://doi.org/10.12707/RIII1192>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (n.d.). Stop Infecção Hospitalar. Consultado em: <http://stopinfecaohospitalar.com/>
- Germano, N. (2010). Profilaxia da Pneumonia Associada ao Ventilador. CHLC.
- Godinho, N. (2017). *Guia Orientador Para a Elaboração De trabalhos Escritos , Referências Bibliográficas e Citações Normas APA e ISO 690 ( NP 405 )*. Lisboa: ESEL.
- Hamers, J., Huizing, A. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly ? *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie, Band, 25*, 19–25. <https://doi.org/10.1007/s00391-005-0286-x>
- Hussein, R. (2015). Intensive Care Unit: Clinical Guideline Physical Restraints. Liverpool: Liverpool Hospital.

Joint Commission. (2015). Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures. Consultado em:

<https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2015A1/DataElem0148.html>

Kalfon, P. (2010). Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Med.*, (36), 1751–1758.

Kandeel, N. A., & Attia, A. K. (2013). Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nursing and Health Sciences*, 15(1), 79–85. <https://doi.org/10.1111/nhs.12000>

Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1–10.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.

Kong, E. H., & Evans, L. K. (2012). Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes. *Asian Nursing Research*, 6(4), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.10.007>

Kooi, W., Peelen, L., Raijmakers, R., Vroegop, R., Bakker, D., Tekatli, H., Boogaard, M., Slooter, A. (2015). Use of Physical Restraints in Dutch Intensive Care Units: A Prospective Multicenter Study. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 488–495. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011243>

Maccioli, G. a, Dorman, T., Brown, B. R., Mazuski, J. E., McLean, B. a, Kuszaj, J. M., ... Peruzzi, W. T. (2003). Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies--American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Critical Care Medicine*, 31(11), 2665–2676. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000095463.72353.AD>

MacDonald, G. (2003). Mãos que cuidam. *Massagem terapêutica para pessoas com câncer*. São Paulo: Triom

March, P., Schub, T. (2017). Restraint: Minimizing Use in Acute , Nonpsychiatric Care. *Cinahl Information Systems, CA*, (10), 10–12.

Ministério da Saúde. (2017). Sclínico. Consultado em:

<http://spms.min-saude.pt/product/sclinicohospitalar/>

Moreno, R. P., & Santo, H. De. (2013). Delirium na unidade de cuidados intensivos : uma realidade subdiagnosticada, 25(2), 137–147. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>

Natário, A., Almeida, L., Pires, C., Meirinho, M., Proença, M., Trigo, C. . (2003). Cuidados Intensivos -Recomendações para o seu desenvolvimento. Consultado em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

OE. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

OE. (2010b). Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em situação Crítica. *Ordem Dos Enfermeiros*. Consultado em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

OE. (2011a). CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Ordem Dos Enfermeiros*. Consultado em: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>

OE. (2011b). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

OE. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. Consultado em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

- ONU. (1948). DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM. Consultado em: <http://www.pcp.pt/actpol/temas/dhumanos/declaracao.html>
- Paiva, J., Silva, A., Almeida, A., Seco, C., Gomes, C., Ribeiro, E. ..., Silva, R. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*.
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, Pedrosa, J., Sá, R., Moreno, R. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Pinheiro, P. (2016). Delirium - Confusão Mental Nos Idosos. Consultado em: <http://www.mdsaude.com/2012/05/delirium-confusao-mental.html>
- Pinto, H., Semedo, J. (2014). Centro Hospitalar do Médio Tejo acaba com quartos de isolamento para tuberculoses multirresistentes. Consultado em: <http://www.beparlamento.net/centro-hospitalar-do-medio-tejo-acaba-com-quartos-de-isolamento-para-tuberculoses-multirresistentes>
- Roque, A., Fabião, D., Oliveira, V. (2013). 1º Seminário de Enfermagem em Cuidados Intensivos da Beira Interior. *nº32, 1º Trimestre*.
- Stinson, K. J. (2016). Nurses Attitudes, Clinical Experience, and Practice Issues With Use of Physical Restraints in Critical Care Units. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 21–26. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016428>
- The Joanna Briggs Institute. (2002). Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals Physical Restraint - Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities. *Blackwell Publishing Asia*, 6(3), 1–6.
- Varanda, E., Rodrigues, C., Costa, C. (2015). Avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência. Consultado em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalGarciaOrta\\_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf)
- Williams, N. (2010). Guidelines For The Use Of Physical Restraint On Adult Critical Care. Nottingham University Hospitals.

# **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – PARAMETRIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES NO B-SIMPLE, NA  
UNIDADE 1**

# PARAMETRIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES NO B-SIMPLE

Atitude terapêutica / Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Horário	Orientação DGS
<b><u>Imobilização</u></b> (atitude terapêutica)  <b><u>Ou</u></b> <b><u>Confusão presente</u></b> (Diagnóstico)	<b><u>Monitorizar escala de RASS</u></b>	M/T/N	Vigiar estado do doente que determinou a necessidade de contenção
	<b><u>Monitorizar escala CAM ICU</u></b>	M/T/N	
	<b><u>Identificar causas da agitação</u></b> <input type="checkbox"/> Causas reversíveis (dor; retenção urinária; hipoxia...) <input type="checkbox"/> Situação clínica (patologia; dispositivos invasivos...) <input type="checkbox"/> Antecedentes (demência, abstinências...) <input type="checkbox"/> Outro (deve permitir opção seleccionar mais do que um item)	SOS	
	<b><u>Executar medidas preventivas</u></b> <input type="checkbox"/> Otimizar ambiente <input type="checkbox"/> Promover o envolvimento da família; <input type="checkbox"/> Tratamento farmacológico <input type="checkbox"/> Gerir a comunicação (deve permitir opção seleccionar mais do que um item)	SOS	Medidas preventivas iniciadas
	<b><u>Aplicar medidas de segurança</u></b> <input type="checkbox"/> Contenção química (designa todo o tipo de terapêutica psicoativa que é utilizada para inibir um determinado comportamento ou movimento)	SOS	Descrição das diferentes medidas analisadas



	<input type="checkbox"/> Contenção ambiental (refere-se ao ato de manter a pessoa num ambiente vigiado, por exemplo numa unidade ou num quarto seguro, para se conseguir controlar os seus movimentos) <input type="checkbox"/> Contenção física (método que diminui a capacidade de movimentação da pessoa, pode ser executada através do método manual, dispositivo físico, mecânico, material ou equipamento): <input type="checkbox"/> grades da cama <input type="checkbox"/> luvas de imobilização <input type="checkbox"/> imobilizadores de punho <input type="checkbox"/> imobilizadores de membros inferiores <input type="checkbox"/> faixa abdominal		
	<p><b><u>Avaliar medidas de segurança</u></b></p> <p>Contenção física:</p> <input type="checkbox"/> Bem-adaptada <input type="checkbox"/> Compromisso neurocirculatório <input type="checkbox"/> Lesões <p><input type="checkbox"/> Manter medidas de segurança</p> <p><input type="checkbox"/> Remover medidas de segurança</p> <p>(permitir seleccionar mais do que uma opção)</p>	<p>Por dia/horário fixo  fixo10h/14h/18h/21h/03h/6H</p>	<p>Avaliações subsequentes</p>

**APÊNDICE II – SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE CONTENÇÃO FÍSICA NA  
UNIDADE 1**

## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>TEMA:</b> Contenção Física na PSC				
<b>DATA:</b> 09/11/2016		<b>LOCAL:</b> Sala de Reuniões [REDACTED]		
<b>HORA:</b> 16:00		<b>PRELETORA:</b> Dânia Martins		
<b>DURAÇÃO:</b> 60minutos		<b>DESTINATÁRIOS:</b> Enfermeiros [REDACTED]		
<b>Objetivo Geral:</b> Contribuir para a otimização dos cuidados de enfermagem à PSC sob contenção física em contexto de UCI, promovendo a segurança e o conforto da mesma				
<b>Objetivos Específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Divulgar a orientações de boas práticas;</li><li>• Otimizar os registos de Enfermagem referentes à contenção física no <i>Bsimple</i></li></ul>				
<b>ETAPAS</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TEMPO</b>
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação do tema</li><li>• Motivação</li><li>• Conceitos</li></ul>	Expositivo	Data show e computador	10min
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Motivos de utilização;</li><li>• Complicações associadas</li><li>• Indicações</li><li>• Estratégias preventivas</li><li>• Registos de Enfermagem</li></ul>	Expositivo	Data Show e computador	20min
SÍNTESE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síntese da sessão</li><li>• Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	Expositivo	Data Show e computador	20min
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preenchimento de questionários</li></ul>		Questionários	10 min

# FORMAÇÃO EM SERVIÇO

## Contenção Física



**9 de novembro de 2016**

**Às 16h**

**Preletora:** Enf.<sup>a</sup> Dânia Martins (estudante do Mestrado na área de Especialização  
à Pessoa em Situação Crítica)

(Orientada por:



**Sala de Reuniões**



**Destinatários:** Enfermeiros

# DIAPPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE CONTENÇÃO FÍSICA

Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica  
Unidade Curricular: Estágio com Relatório



## Contenção Física

(No âmbito do Projeto Cuidados Especializados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Sob Contenção Física)

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Estudante: Dânia Martins

Lisboa, Novembro de 2016

2

### OBJETIVOS

- ❖ Contribuir para a otimização dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica sob contenção física, em contexto de UCI, promovendo a segurança e o conforto da mesma;
- ❖ Divulgar a orientação 021/2011 da DGS;
- ❖ Otimizar os registos de Enfermagem referentes à contenção física.

3

### SUMÁRIO

- ❖ Contextualização
  - Conceitos
  - Prevalência
  - Motivos de utilização
  - Complicações
- ❖ Diretrizes
  - Indicações
  - Estratégias preventivas
  - Registos de Enfermagem
- ❖ Parametrização da contenção física no Bsimple

4

### CONTENÇÃO

Ato de imobilizar uma pessoa, ou parte do seu corpo, quando esta apresenta uma atitude ameaçadora, implicando o uso de medidas para controlar a sua atividade física ou comportamental, de forma a impedir que cause danos a si própria ou aos que a rodeiam.

(College of Nurses of Ontario (2009); Williams (2010))

5

### TIPOS DE CONTENÇÃO



Tipos de contenção

- Quimica
- Ambiental
- Física

(College of Nurses of Ontario (2009); Williams (2010)).

6

### CONTENÇÃO FÍSICA

Refere-se ao ato de diminuir a capacidade de movimentação da pessoa e esta pode ser executada através do método manual, dispositivo físico ou mecânico, material ou equipamento.

(Williams (2010); Joint Commission (2015))

7

### PREVALÊNCIA

- Contenção física é uma **prática comum** a nível hospitalar
- Vários estudos referem que a contenção física é **usada com maior frequência em UCI**, relativamente a outros contextos
- Estudo realizado em **Portugal** refere que o serviço onde ocorre maior taxa de contenção física é **medicina (37,3%)**, seguindo-se o serviço de **Neurologia (19,1%)** e posteriormente **UCI (10%)**

(Pinto et al., (2012); Stroten, (2016))

8

### MOTIVOS DE UTILIZAÇÃO

- Risco de exteriorização de **dispositivos invasivos**;
- **Delirium, agitação ou confusão**;
- Garantir a **segurança** do doente;
- Risco de **queda**;
- **Alterações** do estado **de consciência**;
- **Perigo de agressão** para si ou para os outros;
- **Resistência aos cuidados**;
- **Necessidades** como conforto, sono e hidratação **insatisfeitas**

(A. Kooft et al., (2015); E. Enns, et al., (2014); Pinto et al., (2012) e Kandel & Alia, (2013)).

## 9 COMPLICAÇÕES

### Lesões diretas

Lacerações, hematomas, lesões nervosas, isquemia dos membros, asfixia e morte.

### Lesões indiretas

**Danos éticos, sociais ou psicológicos:**  
Desrespeito pela Dignidade Humana e pelo direito à liberdade, humilhação e trauma psicológico.

### Danos físicos:

Úlceras de pressão, incontinência e aumento de indicadores como risco de infecção, tempo de internamento, taxas de mortalidade e de incidência de quedas.

(Fries, Wood, & Lambert, (2011); The Joanna Briggs Institute, (2002); Williams, (2010)).

## 10 DIRETRIZES



## 11 ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

ASSUNTO: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou a sua envolvente



## 12 INDICAÇÕES

Pessoas com comportamentos que a coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos

Perante necessidade de tratamento compulsivo

Negam tratamento vital de caráter urgente, quando incapazes de decidir

Consentimento do doente ou familiar de referência

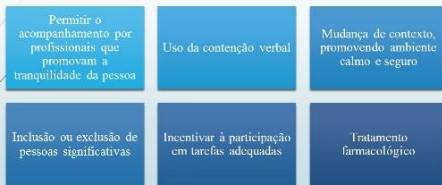
Adequar a medida menos restritiva

Vigilância adequada

Remoção ou substituição

DGS(2011)

## 13 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS I



DGS(2011)

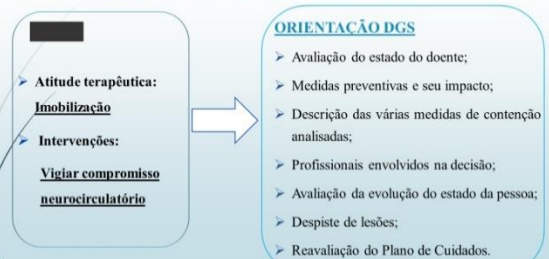
## 14 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS II



(Booy et al., (2004); College of Nurses of Ontario, (2009); Kandel & Altin (2013)).



## 16 REGISTOS DE ENFERMAGEM



17

## REGISTOS DE ENFERMAGEM NO BSIMPLE

Atitude terapêutica / Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Horário	Orientação DGS
<b>Imobilização</b> (atitude terapêutica) Ou <b>Confusão presente</b> (Diagnóstico)	Monitorizar escala de RASS	M/T/N	Vigiar estado do doente que determinou a necessidade de contenção
	Monitorizar escala CAM ICU	M/T/N	
	Identificar causas da agitação	SOS	Medidas preventivas iniciadas
	Executar medidas preventivas	SOS	
	Aplicar medidas de segurança	SOS	Descrição das diferentes medidas analisadas
	Avaliar medidas de segurança	Por dia/horário fixo fixo 10h/14h/18h/21h/03h/6H	Avaliações subsequentes

18

## IDENTIFICAR CAUSAS DE AGITAÇÃO

- ☐ Causas reversíveis (dor; retenção urinária; hipoxia...)
- ☐ Antecedentes (demência, abstinências...)
- ☐ Situação clínica (patologia; dispositivos invasivos...)
- ☐ Outro

19

## MEDIDAS PREVENTIVAS

- ☐ Otimizar ambiente
- ☐ Tratamento farmacológico
- ☐ Promover o envolvimento da família
- ☐ Gerir a comunicação

20

## APLICAR MEDIDAS DE SEGURANÇA

- ☐ Contenção Química;
- ☐ Contenção Ambiental
- ☐ Contenção física:
- o Grades
  - o Luvas de Imobilização
  - o Imobilizadores de Punhos
  - o Imobilizadores de Membros Inferiores
  - o Faixa abdominal

21

## AVALIAR MEDIDAS DE SEGURANÇA

Contenção física:

- ☐ Bem-adaptada
- ☐ Compromisso neurocirculatório
- ☐ Lesões
- ☐ Manter medidas de segurança
- ☐ Remover medidas de segurança

22

## REGISTOS DE ENFERMAGEM NO BSIMPLE

Atitude terapêutica / Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Horário	Orientação DGS
<b>Imobilização</b> (atitude terapêutica) Ou <b>Confusão presente</b> (Diagnóstico)	Monitorizar escala de RASS	M/T/N	Vigiar estado do doente que determinou a necessidade de contenção
	Monitorizar escala CAM ICU	M/T/N	
	Identificar causas da agitação	SOS	Medidas preventivas iniciadas
	Executar medidas preventivas	SOS	
	Aplicar medidas de segurança	SOS	Descrição das diferentes medidas analisadas
	Avaliar medidas de segurança	Por dia/horário fixo fixo 10h/14h/18h/21h/03h/6H	Avaliações subsequentes

23

## SÍNTESE



24



Obrigada pela Atenção!!!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- o A. Kooi, L. Peelen, R. Raijmakers, R. Vreugop, D. Bakker, H. Tekatli, M. B. and A. S. (2015). *Use of Physical Restraints in Dutch Intensive Care Units: A Prospective Multicenter Study*. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 488–495. <http://doi.org/10.4037/ajcc2011243>
- o Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O'Leary, M., ... Waterhouse, C. (2004). *British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units*. *Nursing in Critical Care*, 9(5), 199–212. <http://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2004.00074.x>
- o College of Nurses of Ontario. (2009). *Practice Standard: Restraints*. Ontario. Disponível em: [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043\\_Restrains.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043_Restrains.pdf)
- o DGS. (2011). Orientação nº 021/2011. *Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Direção-Geral Da Saúde.
- o Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). *Patient injury and physical restraint devices: A systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02501.x>
- o Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2012). *A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fim terapêuticos*. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(Nº6), 7–16. <http://doi.org/10.12707/RJIII1192>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS II

- o Joint Commission. (2015). *Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures*. Acesso em 28/03/2016 em: <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2015A1/DataElem0148.html>
- o Maccioli, G. a, Dorman, T., Brown, B. R., Mazinski, J. E., McLean, B. a, Kaszaj, J. M., ... Poruzzi, W. T. (2003). *Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies*—American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Critical Care Medicine*, 31(11), 2665–2676. <http://doi.org/10.1097/01.CCM.0000095163.72353.AD>
- o Kandaceel, N. A., & Artia, A. K. (2013). *Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt*. *Nursing and Health Sciences*, 15(1), 79–85. <http://doi.org/10.1111/nhs.12000>
- o Stinson, K. J. (2016). *Nurses Attitudes, Clinical Experience, and Practice Issues With Use of Physical Restraints in Critical Care Units*. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 21–26. <http://doi.org/10.4037/ajcc2016428>
- o The Joanna Briggs Institute. (2002). *Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals Physical Restraint - Part I: Use in Acute and Residential Care Facilities*. Blackwell Publishing Asia, 6(3), 1–6.
- o Williams, N. (2010). *Guidelines For The Use Of Physical Restraint On Adult Critical Care*. Nottingham University Hospitals.



Núcleo de Formação

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO**

**Ação de Formação:** \_\_\_\_\_

**Data de Realização:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este questionário destina-se à avaliação desta ação de formação.

Com base nas respostas obtidas, o serviço poderá introduzir melhorias de funcionamento de próximas ações de formação.

**Escala de Avaliação**

1. Insuficiente    2. Suficiente    3. Bom    4. Muito Bom

Assinale com X a quadrícula correspondente à sua opinião

**ITENS DE AVALIAÇÃO:**

A) UTILIDADE PRÁTICA E PROFISSIONAL

1	2	3	4
---	---	---	---

B) SENSIBILIZAÇÃO A NOVAS ATITUDES

1	2	3	4
---	---	---	---

C) QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO

1	2	3	4
---	---	---	---

D) METODOLOGIA

1	2	3	4
---	---	---	---

E) DURAÇÃO/ HORÁRIO

1	2	3	4
---	---	---	---

**Sugestões**

---

---

---

**APÊNDICE III-NORMA DE PROCEDIMENTO SOBRE *CONTENÇÃO FÍSICA***  
**UNIDADE 1**

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

**PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

**PROCEDIMENTO N.º 36 da [REDACTED]**

**Relativo à POLÍTICA N.º1 da DSE - 2003**

1. NOME: Contenção Física.

2. ÂMBITO: Atuação perante comportamentos de doentes que põem em causa a sua segurança e a da sua envolvente.

3. PESSOAL ABRANGIDO: Enfermeiros [REDACTED].

4. PONTOS IMPORTANTES:

- Contenção refere-se ao ato de imobilizar uma pessoa, ou parte do seu corpo, quando esta apresenta uma atitude ameaçadora. Implica o uso de medidas para controlar a sua atividade física ou comportamental, de forma a impedir que cause danos a si própria ou aos que a rodeiam.<sup>(2,10)</sup>
- A DGS distingue quatro tipos de contenção: ambiental; física; mecânica e química<sup>(3)</sup>, no entanto a maioria da literatura reconhece apenas três: ambiental; química e física:
  - A ambiental refere-se ao ato de manter a pessoa num espaço vigiado, por exemplo numa unidade ou num quarto seguro, para se conseguir controlar os seus movimentos;

- A química representa todo o tipo de terapêutica psicoativa que é utilizada para inibir um determinado comportamento ou movimento;
  - A física designa o método através do qual se diminui a capacidade de movimentação da pessoa, pode ser executada manualmente ou através de dispositivos físicos, mecânicos, materiais ou equipamentos. <sup>(5,10)</sup>
- A contenção física habitualmente efetua-se na cama, em cadeiras, cadeiras de rodas, no sofá ou cadeirão, através de grades, luvas de imobilização, imobilizadores de punho, de membros inferiores ou faixas de imobilização. <sup>(4,6)</sup>
- Vários estudos realçam a importância de se prevenirem incidentes e efeitos adversos resultantes da utilização de medidas de contenção, assim cada instituição deve definir um padrão de atuação relativo à utilização das medidas de contenção, adequando-o à especificidade dos cuidados que presta. <sup>(3)</sup>
- De acordo com o código deontológico, os cuidados de Enfermagem devem respeitar a liberdade e a dignidade da pessoa humana. Por conseguinte, a contenção física só deve ser utilizada em último recurso e apenas para garantir a segurança do doente, do profissional de saúde e a continuidade dos cuidados, sendo que deve remover-se logo que possível. <sup>(9)</sup>
- A utilização de medidas de contenção só deve ser ponderada após avaliação do risco clínico, sendo justificável a sua aplicação em pessoas que: apresentem comportamentos que as coloquem a elas próprias, ou aos que as rodeiam, em risco de sofrer danos; necessitem de tratamento compulsivo ou neguem tratamento vital de carácter urgente, quando incapazes de decidir. <sup>(3)</sup>
- Previamente devem despistar-se as causas tratáveis capazes de potenciar alteração do comportamento do doente, nomeadamente dor, angústia, sépsis e hipoxia. <sup>(10)</sup>
- A decisão deve ser comunicada à restante equipa, de forma a optar-se pela medida mais adequada, que deve ser prescrita e reavaliada. <sup>(3)</sup>

- Antes da execução de medidas de contenção devem ponderar-se os seus riscos e benefícios, de forma a preservar a dignidade e direitos da pessoa, considerando-se algumas medidas preventivas como:
  - Acompanhamento por profissionais de saúde que promovam a tranquilidade do doente;
  - Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;
  - Mudança do contexto, promovendo um ambiente calmo e seguro;
  - Inclusão ou exclusão de pessoas significativas;
  - Incentivo à participação em atividades compatíveis com a sua condição;
  - Tratamento farmacológico;
  - Comunicação com o doente, de forma a transmitir-lhe tranquilidade, promovendo a sua orientação;
  - Terapias complementares, que promovam conforto: massagem, musicoterapia e acupuntura;
  - Adequação dos rácios;
  - Avaliação do doente, utilizando escalas para identificar o seu risco;
  - Planos de cuidados individualizados;
  - Colaboração com a restante equipa multidisciplinar. <sup>(1,2,3,6)</sup>
  
- Vários estudos revelam que a contenção física é utilizada com frequência em unidades de cuidados intensivos (UCI) <sup>(4)</sup>. Outra particularidade do ambiente UCI prende-se com o fato dos doentes estarem frequentemente entubados orotraquealmente, sedados ou fisicamente vulneráveis, verificando-se uma elevada prevalência de delírio agudo ao subagudo com alterações da consciência e cognição, necessitando de uma avaliação adequada do risco de delírio e acidentes. <sup>(8)</sup>

## 5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS

### A) APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE CONTENÇÃO FÍSICA

- Despistar causas motivadoras de comportamentos de agitação/confusão;

- Esgotar as medidas preventivas;
- Obter, sempre que possível, o consentimento do doente, da família ou pessoa significativa;
- Explicar ao doente o procedimento e o motivo da sua execução;
- Adequar a medida tendo em conta a especificidade do estado do doente;
- Seguir as orientações de aplicação do dispositivo;
- Adequar a vigilância ao estado do doente;
- Reavaliar a necessidade de manter a medida de contenção e ponderar uma menos limitativa;
- Remover a contenção logo que possível;
- Efetuar registos referentes ao procedimento no processo do doente. <sup>(3)</sup>

## B) REGISTOS DE ENFERMAGEM

No processo do doente que se encontra sob contenção física devem estar mencionados os seguintes aspetos:

- Avaliação do estado do doente, que implicou o recurso à contenção, através da avaliação das escalas de RASS e CAM ICU, uma vez por turno e sempre que necessário;
- Medidas preventivas e o seu resultado em SOS (antes de se iniciarem medidas de contenção);
- Descrição das várias medidas de contenção analisadas e aplicadas em SOS (quando as medidas preventivas não resultam);
- Profissionais envolvidos na decisão (em nota associada deve descrever-se quem decidiu conter o doente e se obteve consentimento do mesmo ou da pessoa de referência);
- Reavaliação do estado do doente: escalas RASS e CAM ICU (uma vez por turno);
- Avaliar medidas de segurança (horário fixo: 10h/14h/18h/21h/03h/06h), nomeadamente o despiste de lesões, a vigilância da correta aplicação das medidas de contenção, a decisão de as manter ou remover, tendo em conta a avaliação do estado do doente;

- Reavaliação do plano de cuidados <sup>(3)</sup>, adequando-o às reais necessidades do doente, tendo em conta o seu nível de dependência atual, reavaliando as escalas de Braden e Morse e adaptando os autocuidados à atual condição do doente, nomeadamente alimentação, eliminação e posicionamento.

#### **Registos de Enfermagem no BSimple:**

<b>Atitude terapêutica / Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Horário</b>
<b><u>Imobilização</u></b> (atitude terapêutica)  <b><u>Confusão presente</u></b> (Diagnóstico)	<b><i>Monitorizar escala de RASS</i></b>	M/T/N
	<b><i>Monitorizar escala CAM ICU</i></b>	M/T/N
	<b><i>Identificar causas da agitação</i></b>	SOS
	<b><i>Executar medidas preventivas</i></b>	SOS
	<b><i>Aplicar medidas de segurança</i></b>	SOS
	<b><i>Avaliar medidas de segurança</i></b>	Por dia/horário fixo 10h/14h/18h/21h/03h/6H

#### **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O'Leary, M., Waterhouse, C. (2004). British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nursing in Critical Care*, 9(5), 199–212. <http://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2004.00074.x>
2. College of Nurses of Ontario. (2009). Practice Standard: Restraints. Ontario. Consultado em: [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043\\_Restraints.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043_Restraints.pdf)
3. DGS. (2011). Orientação nº 021/2011. Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente. *Direção-Geral*

*Da Saúde.*

4. Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2012). A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(Nº6), 7–16. <http://doi.org/10.12707/RIII1192>
5. Joint Commission. (2015). Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures. Consultado em 28 de Março, 2016, em: <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2015A1/DataElem0148.html>
6. Kandeel, N. A., & Attia, A. K. (2013). Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nursing and Health Sciences*, 15(1), 79–85. <http://doi.org/10.1111/nhs.12000>
7. Ministério da Saúde. (1999). Decreto-Lei n.º35/99.
8. Nathan E.; Eduard V.; Jin H.; Leanne B.; Brenda P.; and E. Wesley E. (2013). Implementing Delirium Screening in the Intensive Care Unit: Secrets to Success. *Crit Care Med*. 2013 September; 41(9): 2196–2208. doi:10.1097/CCM.0b013e31829a6f1e.
9. OE. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro -Dos Comentários À Análise Dos Casos. Consultado em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro\\_edicao2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf)
10. Williams, N. (2010). Guidelines For The Use Of Physical Restraint On Adult Critical Care. Nottingham University Hospitals.

Criado em 02 /11 /2016

Por: Enfª Dânia Martins

Orientada Por:

Aprovado por:



**APÊNDICE IV-SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE *CONTENÇÃO FÍSICA* NA  
UNIDADE 2**

## PLANO DA SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

<b>TEMA:</b> Contenção Física na PSC				
<b>DATA:</b>		<b>LOCAL:</b> █████		
<b>HORA:</b>		<b>PRELETORA:</b> Dânia Martins		
<b>DURAÇÃO:</b> 30 min		<b>DESTINATÁRIOS:</b> Enfermeiros █████		
<b>Objetivo Geral:</b> Contribuir para a otimização dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica sob contenção física em contexto de UCI, promovendo a segurança e o conforto da mesma				
<b>Objetivos Específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar a contenção física na S;</li><li>• Otimizar os registos de Enfermagem referentes à contenção física no <i>Sclínico</i></li></ul>				
<u>ETAPAS</u>	<u>CONTEÚDOS</u>	<u>MÉTODOS</u>	<u>MATERIAL</u>	<u>TEMPO</u>
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação do tema</li><li>• Motivação</li><li>• Conceitos</li><li>• Realidade da unidade</li></ul>	Expositivo	Data show e computador	5min
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Motivos de utilização;</li><li>• Complicações associadas</li><li>• Indicações</li><li>• Estratégias preventivas</li><li>• Registos de Enfermagem</li></ul>	Expositivo	Data Show e computador	15min
SINTESE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síntese da sessão</li><li>• Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	Expositivo	Data Show e computador	5min
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preenchimento de questionários</li></ul>			5min

# DIAPPOSITIVOS DA SESSÃO



## 2 OBJETIVOS

- ❖ Identificar a contenção física na [REDACTED]
- ❖ Contribuir para a otimização dos cuidados de enfermagem prestados à PSC sob contenção física, promovendo a segurança e o conforto da mesma

## 3 SUMÁRIO

- ❖ Contextualização
  - Conceitos
  - Prevalência
  - Motivos de utilização
  - Complicações
- ❖ Orientação 021/2011 da DGS
  - Indicações
  - Estratégias preventivas
- ❖ Contenção física enquanto problema na [REDACTED]
  - Registos de Enfermagem

## 4 CONTENÇÃO

Ato de imobilizar uma pessoa, ou parte do seu corpo, quando esta apresenta uma atitude ameaçadora, implicando o uso de medidas para controlar a sua atividade física ou comportamental, de forma a impedir que cause danos a si própria ou aos que a rodeiam

(College of Nurses of Ontario (2009); Williams (2010))

## 5 TIPOS DE CONTENÇÃO

Tipos de contenção

- Química
- Ambiental
- Física

(College of Nurses of Ontario (2009); Williams (2010))

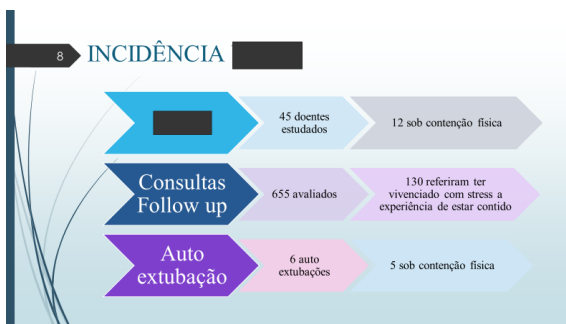
## 6 CONTENÇÃO FÍSICA

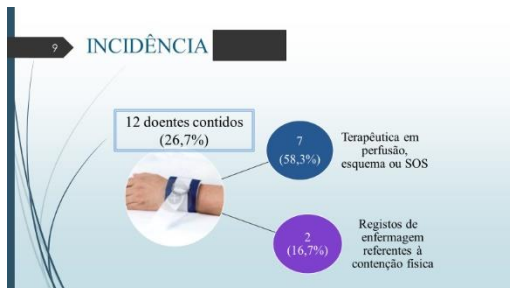
Refere-se ao ato de diminuir a capacidade de movimentação da pessoa e pode ser executada através do método manual, dispositivo físico ou mecânico, material ou equipamento

## 7 PREVALÊNCIA

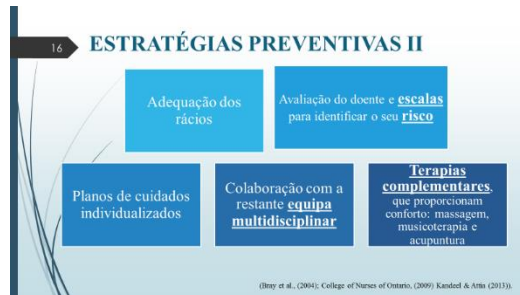
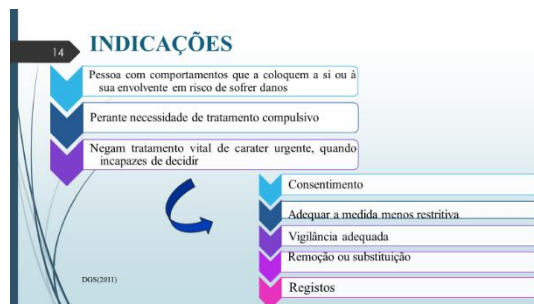
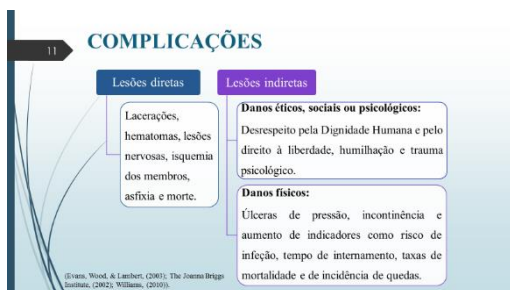
- Contenção física é uma prática comum a nível hospitalar
- Vários estudos referem que a contenção física é usada com maior frequência em UCI, relativamente a outros contextos
- Um estudo realizado em Portugal refere que o serviço onde ocorre maior taxa de contenção física é medicina (37,3%), seguindo-se o serviço de Neurologia (19,1%) e posteriormente UCI (10%)

[Faria et al., (2012); Sittem, (2016)]





- 10 **MOTIVOS DE UTILIZAÇÃO**
- Risco de exteriorização de **dispositivos invasivos**
  - **Delirium, agitação ou confusão**
  - **Segurança** do doente
  - Risco de **queda**
  - **Perigo de agressão** para si ou para os outros
  - **Alterações** do estado de **consciência**
  - **Resistência aos cuidados**
  - **Necessidades** como conforto, sono e hidratação **insatisfeitas**
- (A. Koss et al., (2017); E. Evans, et al., (2014); Faria et al., (2012) e Kandel et al., (2013))





18 **REGISTOS DE ENFERMAGEM NO SCLINICO**

- [Avaliação do estado do doente](#)
- [Medidas preventivas e seu impacto](#)
- [Descrição das várias medidas de contenção analisadas](#)
- [Profissionais envolvidos na decisão](#)
- [Avaliação da evolução do estado da pessoa](#)
- [Despiste de lesões](#)
- [Reavaliação do Plano de Cuidados](#)

(DGS,2011)

19 **AVALIAÇÃO DO ESTADO DO DOENTE**

- Avaliar escala de RASS
- Avaliar a Escala de Coma de Glasgow
- Vigiar a confusão
- Vigiar a ação da pessoa

20 **MEDIDAS PREVENTIVAS**

- Estimular a memória
- Gerir comunicação
- Gerir ambiente físico
- Gerir regime medicamentoso
- Promover envolvimento da família
- Promover orientação pessoa
- Promover orientação Espaço
- Promover orientação tempo

21 **MEDIDAS DE CONTENÇÃO**

- Imobilizar MI
- Imobilizar MS
- Imobilizar parte do corpo
- Imobilizar tronco

22 **DESPISTE DE LESÕES**

- Otimizar imobilização



24

Obrigada Pela  
Atenção!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- o A. Kooi, L. Peelen, R. Rajmakers, R. Vroegop, D. Bakker, H. Tekamp, M. B. and A. S. (2015). *Use of Physical Restraints in Dutch Intensive Care Units: A Prospective Multicenter Study*. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 488–495. <http://doi.org/10.4037/ajcc2011243>
- o Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O'Leary, M., ... Waterhouse, C. (2004). *British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units*. *Nursing in Critical Care*, 9(5), 199–212. <http://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2004.00074.x>
- o College of Nurses of Ontario. (2009). *Practice Standard: Restraints*. Ontario. Disponível em: [http://www.cno.org/Global/docs/prac41043\\_Restrants.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac41043_Restrants.pdf)
- o DGPS. (2011). Orientação nº 021/2011. *Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Direção-Geral Da Saúde.
- o Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). *Patient injury and physical restraint devices: A systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274–282. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02501.x>
- o E. Eins, R. Bhanualla, V. Ewa, K. Fruend, J. H.-L. (2014). *A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(3), 541–545. <http://doi.org/10.1111/jgs.12710>
- o Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2012). *A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos*. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(Nº6), 7–16. <http://doi.org/10.12707/RRIII192>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS II

- o Joint Commission. (2015). *Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures*. Acedido em 28/03/2016 em: <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2015A1/DataElem0148.html>
- o Maccioli, G. a, Dorman, T., Brown, B. R., Mazuski, J. E., McLean, B. a, Kusaj, J. M., ... Peruzzi, W. T. (2003). *Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies—American College of Critical Care Medicine Task Force 2001–2002*. *Critical Care Medicine*, 31(11), 2665–2676. <http://doi.org/10.1097/01.CCM.0000095463.72353.AD>
- o Kandeel, N. A., & Attia, A. K. (2013). *Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt*. *Nursing and Health Sciences*, 15(1), 79–85. <http://doi.org/10.1111/nhs.12000>
- o Stinson, K. J. (2016). *Nurses Attitudes, Clinical Experience, and Practice Issues With Use of Physical Restraints in Critical Care Units*. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 21–26. <http://doi.org/10.4037/ajcc2016428>
- o The Joanna Briggs Institute. (2002). *Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals Physical Restraint - Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities*. Blackwell Publishing Asia, 6(3), 1–6.
- o Williams, N. (2010). *Guidelines For The Use Of Physical Restraint On Adult Critical Care*. Nottingham University Hospitals.

## **APÊNDICE V –NORMA DE PROCEDIMENTO SOBRE *CONTENÇÃO FÍSICA* No SU**

	<b>Procedimento Sectorial</b>	
	<b>ÁREA</b>	
	Contenção Física	

## 1. OBJECTIVO

Estabelecer orientações de atuação perante pessoas que apresentam comportamentos que põem em causa a sua segurança e a da sua envolvente.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Profissionais que exercem atividade no Serviço de Urgência

## 3. RESPONSABILIDADES

Pela implementação do Procedimento:

Pela revisão do procedimento:

## 4. DEFINIÇÕES

- Contenção refere-se ao ato de imobilizar uma pessoa, ou parte do seu corpo, quando esta apresenta uma atitude ameaçadora. Implica o uso de medidas para controlar a sua atividade física ou comportamental, de forma a impedir que cause danos a si própria ou aos que a rodeiam. <sup>(3,9)</sup>
- A DGS (2011) distingue quatro tipos de contenção: ambiental; física; mecânica e química, no entanto a maioria da literatura reconhece apenas três, englobando a contenção mecânica na designação de contenção física. Os três tipos são: ambiental; química e física.



- A ambiental refere-se ao ato de manter a pessoa num ambiente vigiado, por exemplo numa unidade ou num quarto seguro, para se conseguir controlar os seus movimentos;
  - A química representa todo o tipo de terapêutica psicoativa que é utilizada para inibir um determinado comportamento ou movimento;
  - A física designa o método através do qual se diminui a capacidade de movimentação da pessoa, pode ser executada manualmente ou através de dispositivos físicos, mecânicos, materiais ou equipamentos. <sup>(6,9)</sup>
- A contenção física pode efetuar-se: na cama; em cadeiras; em cadeiras de rodas; no sofá, através de: grades; luvas de imobilização; imobilizadores de punho; imobilizadores de membros inferiores; faixa imobilização. <sup>(5,7)</sup>

## 5. SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS - Direção Geral da Saúde

SU - Serviço de Urgência

## 6. REFERÊNCIAS

- 1. Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O'Leary, M., Waterhouse, C. (2004). British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nursing in Critical Care*, 9(5), 199–212. <http://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2004.00074.x>
- 2. Chapman, R., Martin, C., Rahman, A., Barnfield, J., & McKenna, B. (2015). *The use of manual restraint in the emergency department, do we really know what's going on?* International Emergency Nursing, 23(2), 109–111. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.10.005>
- 3. College of Nurses of Ontario. (2009). Practice Standard: Restraints. Ontario. Consultado em: [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043\\_Restraints.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043_Restraints.pdf)
- 4. DGS. (2011). Orientação nº 021/2011. Prevenção de comportamentos dos

doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente. *Direção-Geral Da Saúde*.

- 5. Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2012). A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(Nº6), 7–16. <http://doi.org/10.12707/RIII1192>
- 6. Joint Commission. (2015). Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures. Consultado em 28 de Março, 2016, em: <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2015A1/DataElem0148.html>
- 7. Kandeel, N. A., & Attia, A. K. (2013). Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nursing and Health Sciences*, 15(1), 79–85. <http://doi.org/10.1111/nhs.12000>
- 8. OE. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro -Dos Comentários À Análise Dos Casos. consultado em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro\\_edicao2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf)
- 9. Williams, N. (2010). Guidelines For The Use Of Physical Restraint On Adult Critical Care. Nottingham University Hospitals.

## 7. DESCRIÇÃO

### 7.1. INTRODUÇÃO

- A utilização de medidas de contenção só deve ser ponderada após avaliação do risco clínico, sendo justificável a sua aplicação em pessoas que:
  - apresentem comportamentos que as coloquem a elas próprias, ou aos que as rodeiam, em risco de sofrer danos;
  - necessitem de tratamento compulsivo, nos termos legais (de acordo com as leis de saúde mental);
  - não tenham tratamento vital de carácter urgente, quando incapazes de decidir.<sup>(4)</sup>

- De acordo com o código deontológico, os cuidados de Enfermagem devem respeitar a liberdade e a dignidade da pessoa, daí que a contenção física só deve ser utilizada em último recurso para garantir a segurança do doente, do profissional de saúde e permitir a continuação dos cuidados, sendo que deve remover-se logo que possível.<sup>(8)</sup>

## 7.2. PRINCIPIOS GERAIS

- A contenção física é uma prática comum no SU, em doentes com ou sem distúrbios mentais. O facto de ser um ambiente agitado, barulhento e iluminado, com superlotação e falta de privacidade, os tempos de espera e a abstinência de substâncias como tabaco podem exacerbar a sintomatologia da doença mental. Por outro lado, situações como hipoxia, hiperglicemia ou infeção podem provocar a não adesão aos cuidados, em pessoas sem patologia mental, factos que conduzem muitas vezes à contenção física.<sup>(2)</sup>
- Previamente devem despistar-se as causas tratáveis capazes de potenciar alteração do comportamento do doente, nomeadamente dor, angústia, sépsis e hipoxia.<sup>(9)</sup>
- A decisão da aplicação de medidas de contenção deve ser comunicada à restante equipa, de forma a optar-se pela medida mais adequada, que deve ser prescrita e reavaliada.<sup>(4)</sup>
- Antes da sua execução devem ponderar-se os seus riscos e benefícios, de forma a preservar a dignidade e direitos da pessoa, considerando-se algumas medidas preventivas como:
  - Acompanhamento por profissionais de saúde que promovam a tranquilidade do doente;
  - Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;
  - Mudança do contexto, promovendo um ambiente calmo e seguro;
  - Inclusão ou exclusão de pessoas significativas;
  - Incentivo à participação em atividades compatíveis com a sua condição;
  - Tratamento farmacológico.<sup>(4)</sup>

- Comunicação com o doente, de forma a transmitir-lhe tranquilidade, promovendo a sua orientação;
  - Adequação dos rácios;
  - Avaliação do doente, utilizando escalas para identificar o seu risco;
  - Planos de cuidados individualizados;
  - Colaboração com a restante equipa multidisciplinar.<sup>(1,3,7)</sup>
- Todos os profissionais devem receber formação, na admissão às instituições e em sessões de atualização a cada 3 anos, sobre:
    - Técnicas preventivas à contenção;
    - Técnicas de contenção;
    - Aplicação correta dos instrumentos de contenção;
    - Como cuidar do doente que necessite de contenção.<sup>(4)</sup>

### 7.3. APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE CONTENÇÃO FÍSICA

- Despistar causas motivadoras de comportamentos de agitação/confusão
- Esgotar as medidas preventivas;
- Obter, sempre que possível, o consentimento do doente, da família ou pessoa significativa;
- Explicar ao doente o procedimento e o motivo da sua execução;
- Adequar a medida tendo em conta a especificidade do estado do doente;
- Seguir as orientações de aplicação do dispositivo;
- Adequar a vigilância ao estado do doente;
- Reavaliar a necessidade de manter a medida de contenção e ponderar uma menos limitativa;
- Remover a contenção logo que possível;
- Efetuar registos referentes ao procedimento no processo do doente.<sup>(4)</sup>

No processo do doente deve registar-se:

- Avaliação do estado do doente que determinou a necessidade de contenção (através do uso de escalas como Glasgow e Morse e avaliação das possíveis causas de agitação);
- Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto;

- Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o doente ou quem por ele decida (utilização de imobilizadores de punho, de membros inferiores, faixa abdominal, grades ou combinação de vários tipos, de acordo com as necessidades do doente);
- Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção;
- Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. Incluem a evolução do estado do doente e o rastreio de lesões associadas à sua colocação, nomeadamente:

- verificar se os dispositivos estão bem-adaptados;

despistar possíveis lesões associadas à utilização da contenção física como: compromisso neuro-circulatório; rubor; hematoma;

- edema ou lacerações (deve ser efetuada com a regularidade que o estado do doente exigir);
  - avaliar a possibilidade de remover as medidas de contenção ou a sua substituição por uma medida menos limitativa.
- Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção. <sup>(4)</sup>